Rok XLI. Kraków 18 Października 1902. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przewlekłe zakażenie skóry paciorkowcem *(streptococcus)* w postaci pęcherzycy przewlekłej *(pemphigus chronicus)*.

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

Pęcherzyca *(pemphigus)* nie stanowi jasnego pojęcia klinicznego, bo łącznikiem między różnemi znanemi postaciami jest tylko powstawanie pęcherza, który nawet postaciowo, szczególnie w swym przebiegu, może być różny. Próby uporządkowania tej kwestyi przez różnych autorów i wspólnie na licznych zjazdach nie dały wyników dodatnich, zawsze błądzimy w ciemnościach, które rozjaśnić mogą tylko nader ściśle badania histologiczne i bakteryologiczne, przedsiębrane w każdym spostrzeganym przypadku choroby pęcherzykowej, który ze stanowiska klinicznego nazwiemy pęcherzycą.

Na razie przyjąć chyba musimy za zasadę, że pęcherzycą nazywać możemy tylko te postacie powstawania pęcherzy, w których nie mamy jasnej przyczyny,—a z jednej strony przypuszczamy jakieś wpływy nerwowe, zmiany we krwi lub zboczenia w przemianie materyi, — z drugiej zaś strony badanie bakteryologiczne nie daje nam danych dodatnich. Dlatego nie nazywamy pęcherzycą pęcherzy po oparzeniu, pęcherzy liszajca zwyczajnego *(impetigo Tilbury Fox)*, pęcherzyków wypryszczków *(herpes)* i t. d.; dlatego oddzielić musimy od pęcherzycy także przypadki pęcherzycy ostrej u noworodków *(pemphigus acutus neonatorum)*, który już wszyscy autorowie uważają za chorobę zakaźną. Ze względu na to dla tego ostatniego cierpienia przyjąćby należało raczej nazwę autorów francuskich: *dermatite bulleuse des nouveau-nés*. Nie mogę tu rozstrzygać, czy choroba Duhringa *(dermatitis herpetiformis polymorpha dolorosa)* i znane postacie pęcherzycy *(pemphigus vulgaris, foliaceus, vegetans)* należą do jednej grupy, czy one stanowią jakieś stałe jednostki chorobowe, czy też mogą przechodzić jedne w drugie, lub też są objawami różnych spraw chorobowych, — są to bowiem, jak dotąd, sprawy zupełnie niewyjaśnione, — a chciałbym tylko zaznaczyć, że nie uważam sprawy pęcherzycy za bardzo prostą i że nie zgodziłbym się ze zdaniem Kaposiego[1]), który twierdził, że „pęcherzyca jest całkiem jasnem pojęciem klinicznem“.

Za nader ważny szczegół w kwestyi istoty pęcherzycy uważam stwierdzenie przez większość autorów, piszących o pęcherzycy u noworodków, możność powstawania nawet bardzo dużych pęcherzy pod wpływem zakażenia zewnętrznego; dotąd bowiem za przyczynę pęcherza dużego uważali przeważnie autorowie tylko jakiś bodziec wewnętrzny, a jeden z pierwszych dopiero Sabouraud[2]) wypowiedział jasno zdanie, że jedną z postaci chorobowych, wywołaną przez osiedlenie się w skórze paciorkowca, jest powstanie pęcherzy.

Kaposi rozumie przez pęchęrzycę chorobę, której istotę stanowi nagłe występowanie pęcherzy w mniej lub więcej licznych nawrotach (przewlekłość), a przypadki ostre *(pemphigus acutus adultorum Pontopidan)* oddziela zupełnie od właściwej pęcherzycy. Trudno jednak orzec na pewno, czy istnieje zasadnicza różnica w przebiegu obu tych chorób: pęcherzycy ostrej, a przewlekłej. Wybuchowi towarzyszą najczęściej w jednych i w drugich przypadkach objawy ogólne: dreszcze, gorączka, ogólne osłabienie i t. p., a przebieg bywa krótszy lub dłuższy. Wszyscy autorowie zatem godzą się na to, że ostrą nazywamy tę postać pęcherzycy, w której wybuchy pęcherzy choćby kilkakrotne kończą się szybko, najwyżej w kilku tygodniach następuje wyleczenie lub zejście śmiertelne; — o przewlekłej zaś mówimy wtedy, gdy wybuchy pęcherzy, pojawiające się w różnych od siebie odstępach, przeciągają chorobę na miesiące, a nawet lata. Nie sądzę jednak, aby to właśnie znamię długotrwałości przy jednakowych wszystkich innych objawach ogólnych lub postaciowych stanowiło wyraźną różnicę tych odmian chorobowych, bo na przebieg tak tej, jak każdej innej choroby wpływa przecież nader dużo warunków, czy to brak lub niedostateczne leczenie, czy jakaś choroba towarzysząca już istniejąca, czy inna wikłająca przebieg,— zatem warunki, które przebieg choroby skracać lub przedłużać mogą. Nie podobna więc oddzielić ściśle na mocy tylko czasu trwania przypadków ostrych od przewlekłych, a za te ostatnie uważać trzeba chyba tylko te, w których choroba występuje w nawrotach, oddzielonych od siebie wolnemi od objawów przerwami.

Wreszcie chcąc mieć możliwie jak najdokładniejsze pojęcie kliniczne, przyjmuję określenie pęcherzycy wedle Unny,[3]) który uważa za pęcherzycę tylko te przypadki, w których powstają pęcherze o cieczy jasnej, a nie ropnej, na skórze tylko lekko zaczerwienionej, pojedyncze na różnych częściach ciała, lub też w okresowych wybuchach, ale nie tworzące nigdy grup lub obrączek, a co najwięcej ułożone symetrycznie i pojawiające się prawie przy zupełnym braku objawów podmiotowych (bolu, pieczenia, świądu i t. p.).

[1]) Verhandln. d. V. deutsch. Congr. 1895.

[2]) Zjazd lekarzy angiels. w Cheltenham, 1901.

[3]) Histopathologie der Haut. Berlin, 1896.

Ze względu na tę niejasność pojęć w sprawie pęcherzycy, każdy przypadek choroby, objawiającej się choćby tylko w przebiegu pęcherzami, jest godzien ogłoszenia, jeżeli tylko usiłowano przeprowadzić ścisłe badania histologiczne, a szczególnie bakteryologiczne, — bo każdy dokładnie spostrzegany i badany przypadek choroby, którąby za pęcherzycę uważać można, przyczyni się choćby w małej części do wyjaśnienia tej jak dotąd całkiem niejasnej sprawy.

Przypadek spostrzegany przezemnie w klinice JW. prof. Reissa, któremu za odstąpienie go najserdeczniejsze dzięki składam, przedstawia tak w przebiegu klinicznym jak i znalezionych danych histologicznych i bakteryologicznych nader ciekawe szczegóły, które wyjaśniają powstanie i przyczynę choroby, a historya jego rzuca pewne światło na powstawanie pęcherzycy.



Fig. I.

Jankel A., liczący lat 18, zgłosił się do kliniki 28./X. 1901 r. Wedle podania miał przechodzić w styczniu 1901 r. płonicę o przebiegu ostrym; w drugim tygodniu choroby pojawiło się białko w moczu, w trzecim zaś duże pęcherze na skórze w różnych okolicach ciała, jakoteż na błonie śluzowej jamy ust (wewnętrzne strony policzków, podniebienie, język). Pęcherze dochodziły do znacznych rozmiarów i występowały przy objawach wysokiej gorączki w różnych przerwach, ale stale aż do chwili pojawienia się w klinice.

W chwili przybycia skóra na głowie owłosionej pokryta była licznymi grubymi strupami, na twarzy obok małych strupów, podobnych do miodu *(impetigo vulgaris)*, widać kilka pęcherzy. Na kończynach górnych i dolnych spostrzegało się kilka miejsc wielkości srebnej 5 koronówki, pokrytych grubym strupem, po odjęciu którego widoczna powierzchnia sącząca. Tu i ówdzie znajduje się i na kończynach mały pęcherzyk lub obok strupa resztka ściany pęcherzowej. Na rękach i to tak na dłoniach jak i palcach, szczególnie po stronie dłoniowej, widać pęcherzyki dobrze utrzymane, naskórek złuszczający się w dużych płatach, a tu i ówdzie powierzchnia sącząca.

Obraz chorobowy zatem zdawał się być jasnym: — na głowie i twarzy objawy liszajca zwyczajnego *(impetigo vulgaris Tilbury Fox)*, czy to w postaci znamiennych strupów, czy też jeszcze utrzymanych pęcherzy, nieco może większych, niż zazwyczaj spostrzegane. Na kończynach zupełnie zgodnie z poprzednim obrazem widoczne są niesztowice *(ecthyma vulgare)*, obok utrzymanych mniejszych pęcherzy; na tułowiu zaś niema prawie zupełnie zmian.

Na mocy tych objawów na skórze rozpoznano: niesztowice zwyczajne *(ecthyma vulgare)*, co nie przedstawiało sprzeczności z całym przebiegiem już 8 miesięcy trwającej choroby, bo zakażenie skóry od zewnątrz powstałe początkowo na jednem miejscu, rozszerzało się ciągle, przechodząc z jednego miejsca na drugie. Leczenie, które chory przebywał przed zgłoszeniem się do kliniki, musiało być bardzo niedostateczne, o czem sądzić było można chociażby z tego, że głowa badanego pokryta była grubymi strupami, które stanowiły źródło ciągle świeżego zakażenia reszty powłok skórnych.

O ile jednak, jak dotąd, przypadek ten zdawał się być jasnym i dla rozpoznania łatwym, o tyle dalszy przebieg i ukształtowanie się zmian musiało sprowadzić pewne wątpliwości, a nawet chwianie się w rozpoznaniu, już choćby dlatego, że przypadki takie spostrzega się nie często, szczególnie w całej długości przebiegu.

Po oczyszczeniu ze strupów głowy owłosionej i niesztowic, rozrzuconych na skórze, po przecięciu istniejących napiętych pęcherzy, spostrzedz było można niejako zaostrzenie się objawów: nowe pęcherze na twarzy i kończynach, a na tułowiu mało wyniosłe rumienie *(erythemata)*, o różnym kształcie, na których tu i owdzie na obwodzie obrączek lub wycinków koła powstawały pęcherzyki drobne, podczas gdy na twarzy i kończynach pęcherze, otoczone zaczerwienioną obwódką, dochodziły do dużych rozmiarów (na przestrzeni dłoni noworodka). Na dłoniach i palcach również pojawiały się świeże pęcherzyki drobne, lub duże i silnie cieczą napięte pęcherze. To zaostrzenie objawów po myciu i czyszczeniu ze strupów skóry w kąpieli zdaje się być naturalnem następstwem rozniesienia jadu przez odpadłe strupy i znajdującą się pod nimi wydzielinę.

Ciecz pęcherzy była zawsze jasna, szczególnie z początku, a gdy pęcherza nie przecięto, mętniała dopiero po 24—48 godzinach trwania tak, że w dużych pęcherzach widzieć można było obok cieczy jasnej na jednym biegunie ciecz ropną, przeświecającą przez ścianę pęcherza. Badanie pęcherzy początkowych, jak i powstających później w całym przebiegu choroby, co do ich zawartości wykazywało po nacięciu pęcherza, że treść ich była cieczą płynną, jasną, żółtawą, a mikroskop wskazywał na małą tylko zawartość ciałek wysiękowych, wśród których nader rzadko spostrzegałem ciałka eozynofilne. Obok ciałek wysiękowych spotykałem przy kilkakrotnem badaniu różnych pęcherzy i z różnych części ciała ziarniaki w postaci albo klepsydrowatych

dwoinek, albo nawet z nich złożonych krótkich łańcuszków. Mikroby te uważałem na razie (nie na pewno ze względu na brak badania bakteryologicznego, które później przedsiębrałem) za paciorkowce *(streptococcus)*. Obok nich zauważyłem w starszych tylko pęcherzach, w ich ropie, także i gronkowce (*staphylococcus*).

Powracając do przebiegu choroby, której historyi nie przedstawiam szczegółowo ze względu na brak objawów różnych od poprzednich, stwierdzić muszę, że przez przeciąg pięciu miesięcy, które chory przebył w klinice, pojawiały się ciągle świeże rumienie i pęcherze, chociaż z biegiem czasu coraz skąpsze i mniejsze. Pojawianiu się pęcherzy, a szczególnie rumieniowi towarzyszyły zazwyczaj uczucie pieczenia, swędzenia, a nawet bolu. Obok zmian powyższych pojawiły się parokrotnie podobne objawy i na błonie śluzowej warg ustnych i policzków, w postaci obnażonych z naskórka powierzchni, pokrytych wydzieliną dławcową.

W początkach leczenia (codzienne kąpiele i stosowanie na przemianę: maści 5% *hydr. praecip. alb.*, maści Wilkinsona, roztworu Vlemminghxa, maści siarczanej 5%) powstawały jeszcze tu i owdzie pęcherze duże bez poprzedzających je rumieni, obok rumieni, na których występowały drobniejsze pęcherze płaskie, czasem zlewające się ze sobą; później dopiero, kiedy spostrzegłem, że pęcherze na dłoniach i palcach ciągle się pojawiające były przypuszczalnie źródłem ciągle świeżego zakażenia reszty skóry i dla tej przyczyny przestrzegałem ściśle opatrywania rąk maścią Hebry z dodatkiem kwasu salicylowego, sprawa zaczęła odtąd łagodnieć, a nawet rumienie występowały coraz rzadziej i skąpiej. Cechy pęcherzy co do ich wielkości i treści były zawsze w całym przebiegu choroby jednakowe, jak je powyżej opisałem.

Ogólny stan chorego z początku nędzny i liche odżywienie poprawiły się w miarę słabnięcia objawów tak znacznie, że w krótkim czasie mimo dość obfitych jeszcze zmian na skórze (przeważnie rumieni) można było chorego nazwać bardzo dobrze odżywionym.

Zwracam zarazem uwagę na spostrzeżenia, świadczące o stopniu zaraźliwości zmian w tym przypadku. Po pierwszem oczyszczeniu skóry ze strupów i nieczystości przebiłem duży pęcherz na czole chorego dla badania mikroskopowego i bakteryologicznego i uzyskaną cieczą natarłem odkażoną dokładnie skórę chorego na przedramieniu lewem, poczem miejsce to przykryłem watą i opaską. W kilkanaście godzin potem widać było w miejscu zakażonem dwa pęcherze wielkości fasoli, o cieczy jasnej, dość płaskie, otoczone czerwoną obwódką. Drugi fakt świadczący o zakaźności dotyczył drugiego, chorego który był w bliższem zetknięciu z opisanym chorym i u którego pojawiły się podobne pęcherze na małżowinie usznej, po kilku dniach zagojone.

Dla uzupełnienia obrazu dodam jeszcze, że wśród przebiegu niektórych pęcherzy występowało zakażenie gronkowcami (które łatwo można było wykazać) — nie tylko samych pęcherzy (co spotyka się prawie zawsze), ale i tkanki pod nimi leżącej tak, że widzieliśmy nie tylko zamianę cieczy surowiczej pęcherza w ropną, ale i powstanie ropnia skórnego. Objaw to zresztą zwyczajny, spostrzegany tak często w przebiegu liszajca i niesztowic, a dowodzący tylko, że wśród tych spraw, polegających na zakażeniu paciorkowcami, następuje zawsze zakażenie następowe gronkowcami, doprowadzające nie rzadko do czyraków lub ropni skórnych.

Następowy zatem przebieg po dokładnem oczyszczeniu skóry, dający obraz pęcherzycy (ze względu na pęcherze typowe dla tej choroby), obok rumieni, pokrytych na pewnych miejscach pęcherzami (*erythema bullosum*), nie dał się właściwie podciągnąć pod postać żadnej ze znanych chorób. W pęcherzycy właściwej obok pęcherzy nie widzimy rumieni; w rumieniu pęcherzykowym zaś nie widać dużych pęcherzy, jak to miało miejsce w niniejszym przypadku. Chociaż zatem postaciowo obie te choroby rozpoznawać należało, trudno było przechylić się na jedną lub drugą stronę. Ze względu na wielopostaciowość zmian można było myśleć jeszcze o chorobie Duhringa, ale chociaż powstawanie rumieni różnego kształtu przy towarzyszących objawach podmiotowych (ból, pieczenie, swędzenie) dość wybitnie za tem przemawiało, to jednak już z wejrzenia nawet drobnych pęcherzyków, płaskich, więcej podługowatych niż okrągłych i szybko się na powierzchni marszczących, wykluczono i to ostatnie cierpienie. To też jedynie skrzętne badanie bakteryologiczne i histologiczne treści pęcherzy i ich budowy mogło dać w tym razie pewne dane i udowodnić pierwotne rozpoznanie zakażenia skóry paciorkowcami *(streptococcia cutis chronica)*. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do nauki o czynności mózgu*).

Skreślił

Dr. Adolf Klęsk,

elew kliniki.

Mózg i jego działalność stanowiły zawsze dla przyrodników i lekarzy jedno z najbardziej ponętnych, ale też i najbardziej trudnych do rozwiązania zagadnień.

Jak daleko wstecz sięga wiedza przyrodniczo-lekarska, tak daleko sięgają ślady prób rozwiązania zagadnień, tyczących się tego narządu. Pierwotne mgliste poglądy badaczy przybierały coraz bardziej kształty określone.

Plato uważał mózg za siedzibę duszy. Inni myśliciele i badacze oznaczali nawet bliżej część mózgu, która duszę ma zawierać. I tak Kartezyusz wskazywał na przysadkę mózgową, Sömmering na komórki, Kant na płyn mózgowo-rdzeniowy. Badania nowszych czasów zwróciły się w inną stronę. Dokładne spostrzeganie chorych, doświadczenia na zwierzętach, mikroskop i trepan chirurga może trochę zepchnęły mózg z piedestału dawnego i kazały nam zapatrywać się na niego tak, jak zapatrujemy się na każdy inny narząd; niemniej jednak pozwoliły nam poznać i podziwiać jego dziwnie i misternie powikłaną budowę i wykazały, że o mózgu i jego czynnościach mamy tylko bardzo niedokładne pojęcie. Doświadczenia na zwierzętach rozjaśniły i rozjaśniają nam ciągle wiele rzeczy; nie wszystko jednak, co się spostrzega u zwierzęcia, da się wprost przenieść na człowieka. Codzień prawie spotykają nas w nauce o czynności mózgu niespodzianki. Chcąc dalej kroczyć ciągle naprzód, powinniśmy śledzić pilnie każdy nadający się przypadek kliniczny, zdawać sobie jasno sprawę z każdego szczegółu, a z tych drobnych cegiełek złożymy może kiedyś gmach wiedzy o czynnościach mózgu.

*) W streszczeniu wygłoszono w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i na XII Zjeździe chirurgów polskich.

Przypadek opisany poniżej stanowi ciekawy przyczynek do tej ciemnej dla nas gałęzi, a dotyczy chorego, u którego los pozwolił nam czynić spostrzeżenia na najważniejszych odcinkach kory mózgowej.

Dnia 25 lutego zgłosił się do kliniki pacyent F. B., lat 62 liczący, żonaty, z L., podając, że przed czterema laty zauważył między włosami na głowie małą »krostę«, którą ciągle zdrapywał. Wyrośl ta po trzech latach dosięgła wielkości zł. reńskiego, obecnie zaś od paru miesięcy rośnie coraz szybciej, rozpadając się w środku. Chory pochodzi z rodziny zdrowej, przebywał tylko zimnicę. Na bóle głowy nigdy nie cierpi, urazu w głowę nie doznał.

Stan obecny. W miejscu porostu włosów po stronie lewej czaszki znajduje się ubytek skóry wielkości dużej dłoni, kształtu owalnego, sięgający od granicy porostu włosów na czole na 12 ctm. w tył ku kości potylicznej. Ubytek ten ma brzegi naciekłe; dno nierówne, guzowate, żywo czerwono zabarwione, tu i ówdzie szarawym nalotem pokryte; u podstawy przesuwać się nie daje, przy ucisku nie bolesny. Reszta czaszki, pokryta włosami, prawidłowa, nie bolesna. Gruczoły podszczękowe powiększone. Zaburzeń w układzie nerwowym niema żadnych. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz o składzie prawidłowym. Ciepłota 36·4, tętno pełne, regularne, 88 na minutę. Chory jest mańkutem.

Rozpoznanie kliniczne: Rak skórny głowy.

Dnia 28 lutego przystąpił prof. Kader do operacyi w uśpieniu chloroformowem.

Usunięcie doszczętne gruczołów na szyi (z okolicy podszczękowej i tętnico-szyjnej). Następnie cięciem (na $1^1/_2$—2 ctm. po za widoczną granicą nowotworu), okrążającem ubytek, usunięto zajętą część skóry wraz z czepcem czaszki. W dnie rany ukazała się kość nadżarta na wielkość florena. Wycięcie kości ciemieniowej lewej kraniotomem Dahlgrena na przestrzeni 9 ctm. długości i tyleż szerokości. Oponę twardą zgrubiałą, wykazującą podejrzane nacieki, wycięto. Opony miękkie bez zmian. W ranie widać rowek centralny i zwoje środkowe: przedni i tylny.

Krwotok z naczyń oponowych zatamowano częścią przez podwiązanie, częścią przez wsunięcie tamponów gazy jałowej pod brzegi kości. Zrobiono to, bardzo ostrożnie, wsunięto niewielki kawałek na przestrzeni 2—$2^1/_2$ ctm. od brzegu otworu. Przy zakładaniu tamponu ku skroni wystąpiły drgania mięśni twarzy po stronie prawej. Na ranę założono wolny opatrunek jałowy.

Przebieg. Uśpienie chory zniósł dobrze. Spał cały dzień po operacyi. Ciepłota 37·2, tętno 66.

1/III. Chory mruczy niewyraźnie. Ciepłota 37·5, tętno 60.

2/III. Prawa połowa ciała więcej spocona, niż lewa; chory apatyczny, na pytania nie odpowiada. Odżywia się dobrze. Porażenie niezupełne mięśnia twarzowego.

3/III. Prawa połowa ciała mniej się porusza przy ruchach chorego, niż lewa. Chory od czasu do czasu mruczy pod nosem.

4/III. Porażenie prawostronne (kończyn i twarzy zupełne).

5/III. Chory nieprzytomny. Przy karmieniu krztusi się. Mocz i kał oddaje bezwiednie. Ciepłota 37·8. Zmiana opatrunku. Wydzielina na gazie surowiczo-krwawa. Obluzowano tampony. Przy podciąganiu tamponu skroniowego wystąpiły drgania w porażonych mięśniach twarzy i mruczenie. Mózg zabarwiony szaro-wiśniowo, stoi na wysokości rany skórnej; rowki mniej wyraźne. Dotykanie mózgu nie wywołuje żadnego oddziaływania.

6/III. Tampon skroniowy usunięto zupełnie, poczem natychmiast nerw twarzowy wrócił do prawidłowej czynności. Mózg wystąpił poza ranę skórną. Próby ucisku tej partyi mózgu wywołują niespokojne zachowanie się pacyenta. Tętno z 66 spadło na 40. Mocz (odprowadzony cewnikiem) miał skład prawidłowy.

7/III. Część wypadnięta mózgu zmieniła się w brudno-szarą kaszowato-płynną masę. Topografia mózgu nie daje się już rozeznać. Łyżeczką odjęto dwie łyżki stołowe zmienionego mózgu. Usunięta część odpowiada okolicy ośrodków ruchowych.

Wszystkie tampony dały się z łatwością usunąć.

8/III. Chory połyka lepiej, jest prawie przytomny. Porażenie twarzy znikło bez śladu. Mocz oddaje sam. Przy zapytaniach zwraca oczy na mówiącego i mówi bardzo niewyraźnie, powtarzając części pytania i przekręcając zgłoski.

10/III. Rana pokryta tu i ówdzie obumarłemi częściami tkanki mózgowej. Drganie włókienkowe w mięśniach ręki prawej.

11/III. Minimalne ruchy palców ręki.

12/III. Palcami ręki rusza chory dobrze. Na pytania odpowiada dość wyraźnie. Sam mówi mało.

13/III. Chory rusza ramieniem.

19/III. Chory rusza swobodnie całą kończyną górną. Podpisuje się dobrze sam.

17/III. Przeczulica łydki porażonej. Napinanie się mięśni uda prawego przy usiłowanych ruchach.

20/III. Części obumarłe oddzieliły się zupełnie. W dnie ubytku mózgu żywe ziarniny. Dotykanie mózgu nie bolesne. Ubytek tętni równocześnie z tętnem.

25/III. Chory rusza udem i kolanem. Przeczulica łydki znikła.

28/III. Ruchy stopy wystąpiły. Palcami (za wyjątkiem dużego) nogi rusza słabo.

30/III. Chory zaczyna chodzić o lasce. Palec wielki u nogi jeszcze porażony. Mózg pokrywa się szybko ziarniną i zaczyna się cofać do jamy czaszki.

3/IV. Chory rusza palcem dużym u nogi. Wydzielina z rany znikła. Zastosowano maść kseroformową. Okoliczne kości pokrywają się też szybko ziarniną.

8/IV. Mózg cofnął się do jamy czaszki.

16/IV. Rana pokryta ziarniną prawie zupełnie.

1/IV. Rana zgojona. Blizna w miejscu ubytku kości zapadnięta, tętni jednocześnie z tętnem. Chory w celu dalszego spostrzegania pozostaje jeszcze w klinice.

15/V. Mowa zupełnie dobra. Siła obu rąk prawie jednaka; lewa może trochę silniejsza (chory głównie jej używał dawniej). Wymiary uda i łydki po obu stronach jednakie.

4/VI. Chorego przedstawiono na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

6/VI. Chory opuścił klinikę zupełnie wyleczony.

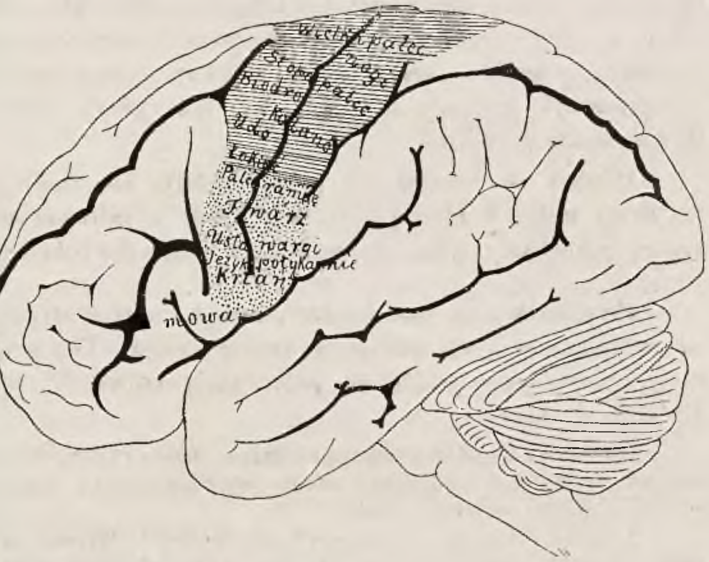
Opisany przypadek dał nam sposobność czynienia spostrzeżeń nad sferą ruchową kory mózgowej. Tampon w części skroniowej uciskał na ośrodki nerwu twarzowego i mowy. Gdy go podsunięto zaczęła wracać mowa, a gdy wyjęto znikło porażenie twarzy. Z rany opadła część kory, zawierająca ośrodki dla ręki i nogi i ta też część obumarła.

Porażenie nerwu twarzowego wystąpiło zaraz po operacyi (ucisk tamponu), natomiast porażenie kończyn dopiero 5-go dnia, a więc w czasie, gdy opadnięcie *(prolapsus)* się pojawiło i odżywienie tej opadniętej części było już liche. Porażenie kończyn trwało krótko. Jedenastego dnia chory zaczął ruszać palcami ręki; w dwa dni potem ramieniem itd. tak, że cała sprawa trwała około trzech tygodni, a jedynie porażenie palca dużego u nogi utrzymywało się długo ($4^1/_2$ tygodnie). Ten kolejny powrót do dawnej sprawności pozwolił nam kontrolować położenie ośrodków w korze mózgowej, czego wynik podajemy na załączonym szemacie poniżej.

Szybki powrót do zdrowia porażonych części w opisanym przypadku budzi zdziwienie. Porażenie nerwu twarzowego było spowodowane uciskiem tamponu, po usunięciu którego ustąpiło. Natomiast porażenie kończyn utrzymywało się dłużej i ustąpiło niezależnie od nieznacznego zresztą ucisku tamponu. Na wywołanie porażenia tego złożyły się prawdopodobnie dwie przyczyny: 1) obumarcie części kory mózgowej, zawierającej ośrodki ruchowe kończyn i 2) ucisk wywołany przekrwieniem i wysiękiem krwawo-zapalnym w otoczeniu. Wessanie wysięku i ustąpienie zjawisk zapalnych mogło więc spowodować tylko w części powrót uciśniętych części mózgu do czynności prawidłowej, lecz faktu ustąpienia objawów chorobowych w całej rozciągłości tem ustąpieniem ciśnienia tłómaczyć niepodobna.

Porażenia powstałe wskutek zniszczenia kory mózgo-

wej trwają długo i często pozostawiają po sobie pewne osłabienie odpowiednich mięśni. W naszym przypadku czynność mięśni wróciła zupełnie, porażenie znikło bez śladu i to w krótkim przeciągu czasu, siła dynamiczna kończyn pozostała taką samą. Jak sobie to wytłómaczyć? Wytłómaczyć możemy sobie ten powrót albo regeneracyą zniszczonej części mózgu, albo też tem, że pokrewne tkanki objęły na siebie czynność zniszczonej. Regeneracya układu nerwowego ośrodkowego odbywa się tylko w bardzo nieznacznym stopniu, a stosunek wzajemny nowoutworzonych pierwiastków komórkowych jest już całkiem inny, gdyż spotykamy tam prawie wyłącznie komórki neuroglii, komórki zaś nerwowe występują tylko tu i ówdzie tak, że same pierwiastki nerwowe właściwie nie regenerują się zupełnie. Wobec tego powrót do zdrowia i dawnych czynności w naszym przypadku odnieść możemy jedynie do zastępczej, a raczej następnej, czynności innych partyj mózgu. Zachodzi tu znów pytanie, czy czynność tę objęły komórki sąsiednie, czy też druga



Miejsce zacienione oznacza część kory mózgowej, która obumarła; kropkami zaś oznaczylismy partyę kory mózgowej, uciśniętej przez tampon.

Położenie ośrodków w naszym przypadku potwierdza w zupełności przyjęte dotąd mniemanie o ich usadowieniu.

półkula? Na to, że druga półkula może objąć zastępczo czynność zniszczonej, dowodów mamy wiele. Niejedna sekcya stwierdziła brak prawie zupełny jednej półkuli, a za życia objawów żadnych nie spostrzeżono; znamy ludzi, którzy mimo prawie zupełnego braku jednej półkuli byli geniuszami. Brown-Séquard [1]) na mocy doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych doszedł do wniosku, że połowa mózgu wystarcza zupełnie dla obu połów ciała, a Goltz [2]) sądzi, że każda połowa mózgu może swobodnie kierować całem ciałem, drogi nerwowe skrzyżowane jednak są wygodniejsze, czy może prostsze i dlatego w prawidłowych warunkach one tylko funkcyonują. Badania dalsze wykazały, że wszystkie mięśnie, działające równocześnie (oczu, żwacze, połyku, grzbietu) są unerwione przez obie półkule.

Ruchy nóg wprawdzie w wielu czynnościach nie są równoczesnymi, jednak kilka ruchów (wstawanie, siadanie) wykonywamy obu nogami równocześnie, co musi przecież jakiś ślad na obu półkulach pozostawić.

[1]) Archiv. der Physiologie IX, stron. 409—655.

[2]) Pflügers Archiv. Tom 42.

Ledderhose [3]) zebrał z piśmiennictwa około 50 przypadków porażeń połowiczych po tej samej stronie, co i zmiany w mózgu. Między innymi wspomina o jednym chorym, u którego przy poruszaniu czynnem strony zdrowej występowały współruchy (*Mitbewegungen*) po stronie porażonej. Przypadek ten jest jaskrawym przykładem działania jednej półkuli na obie połowy ciała.

Codzienne doświadczenie, dokonywane na sobie, poucza nas, jak trudno jest wykonywać równocześnie rękami zupełnie odrębne czynności, np. jedną ręką kreślić szybko koła w powietrzu, a drugą linię prostą. Przez wprawę możemy jednak tego się nauczyć. Sztuka kuglarska polega w znacznej części na wyuczeniu się szybkich ruchów każdą ręką z osobna. Widzimy z tego, że ruchy naszego ciała są zależne w grubszych zarysach od obu półkul, a czynność każdej z osobna (ruchy subtelniejsze, wymagające czynności pewnej tylko grupy mięśni po jednej stronie) wymaga już pewnej wprawy lub wysiłku, by się wyzwolić od współruchu drugiej półkuli. Że tak jest, dowodzą tego liczne przypadki i spostrzeżenia na chorych, którzy po porażeniach wrócili do zdrowia. Ruchy grubsze są u nich całkowicie prawidłowe, natomiast subtelniejsze nigdy nie wracają do normy i muszą się ich chorzy na nowo uczyć.

Pomimo, że prócz podeszłego wieku naszego chorego nic nie stałoby na przeszkodzie objęciu czynności przez drugą półkulę, wydaje mi się więcej prawdopodobnem, że raczej ta sama półkula to zadanie na siebie przyjęła. Zdanie to moje poprzeć mogę przebiegiem wracania tych czynności.

Porażenia ustępowały kolejno i to tem prędzej, im niżej leżał ośrodek; natomiast — im więcej ku górze, tem stan porażny utrzymywał się dłużej, co zupełnie odpowiadało ubytkowi w mózgu, który narastał stopniowo od skroni ku szczytowi czaszki, gdzie zmiany były największe. Jeżeli półkula druga objęła czynność zastępczą, to dla czego utrzymywało się tak długo porażenie w dużym palcu nogi, którego ośrodek, jak wiemy, leży najwyżej.

Ten fakt przemawia stanowczo za powrotem do czynności chorej półkuli. Również i zmiany przejściowe w czuciu świadczą, że właśnie w tych partyach musiała się odbywać jakaś sprawa (sfera czuciowa graniczy z ruchową). Zaburzenia mowy przeszły bardzo prędko. Piątego dnia przy obluźnianiu tamponów chory począł mruczeć, po usunięciu tamponów (8 dnia) zaczął mówić niewyraźnie, a mowa miała charakter parafazyi. Chory powtarzał i przekręcał głoski i zgłoski za mówiącym, powtarzał słowa z początku źle, potem dość wyraźnie; 12 dnia mowa poprawiła się znacznie i chory rozmawiał dość swobodnie. Na szczegół ten, że powrót od zupełnej niemoty ruchowej do zdrowia przechodzi często przez okres, dający zupełnie te same objawy jak tak zwana *aphasia transcorticalis motorica*, zwrócił w ostatnich czasach uwagę Bonhoeffer. Powrót mowy w przypadkach jego był zupełnie analogiczny z naszym, trwał jednak dłużej (około 4 tygodni).

Parafazya, pojawiająca się w przypadkach niemoty ruchowej, powinna być uważaną za objaw pomyślny.

Szczegół podniesiony przez Bonhoeffera znajduje poparcie zupełne także w fizyologii. Mowa dziecka,

[3]) Langenbecks Archiv Bd. 51.

nim się zupełnie wyrobi, ma często także charakter „aphasia transcorticalis“. Dziecko z początku wszystkie przedmioty otaczające nazywa podobnie, używa słów „ma-ma“, „ta-ta“ i t. d., które odpowiadają zupełnie wyrazom, jakich używają chorzy, wracający do zdrowia po niemocie ruchowej. Przedmioty trzymane w ręku potrafi dziecko nieraz dobrze nazwać, choć wogóle w mowie użyć ich nie zdoła.

Podnieść muszę w naszym przypadku jeszcze jeden bardzo ciekawy szczegół; znaną i przyjętą powszechnie jest rzeczą, że u ludzi, pracujących lewą ręką głównie (mańkutów), ośrodek mowy ma leżeć po stronie prawej w mózgu.

Ogle na 100 przypadków afazyi znalazł 3 razy przy sekcyi zmiany po stronie prawej mózgu, a przypadki te dotyczyły właśnie mańkutów. Chory nasz jest także mańkutem, powinien więc mieć ośrodek mowy w półkuli prawej, ma go jednak, jak widać z przebiegu, po stronie lewej.

Hughlings Jackson na mocy swych spostrzeżeń twierdzi, że wykrzykniki i przekleństwa mają ośrodki w obu półkulach. Chorzy jego potrafili kląć zupełnie gładko.

Co do zmian w piśmie, nie możemy orzec nic stanowczego, bo było porażenie kończyny prawej górnej. Gdy to ustąpiło, chory pisał dobrze.

Opadnięcie *(prolapsus)* mózgu jest zjawiskiem, powstającem prawie zawsze wtedy, gdy mózg na pewnej przestrzeni zostanie pozbawionym swych naturalnych osłon, t. j. kości i opony twardej. Opona twarda powstrzymać może mimo ubytku kości mózg w czaszce, jeżeli kości brakuje nie na wielkiej przestrzeni. Opadnięcie rozwija się albo szybko po urazie, przyjmując z dnia na dzień coraz większe rozmiary, albo występuje w kilka dni (3—6), już wtedy, gdy rozwiną się zmiany zapalne, wywołujące nacieczenie okolicznych partyi mózgu. Powstanie i powiększanie się opadnięcia należy sobie tłómaczyć wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego (sprawy zapalne, zwykle towarzyszące krwotoki, ropnie). Mózg, jako ciało podatne, korzysta z otworu i dąży na zewnątrz, gdzie ciśnienia tak wielkiego niema; tętni on izochronicznie z tętnem. Świeże opadnięcie daje się zwykle odprowadzić z powrotem do czaszki wśród objawów ucisku mózgu. Dalszy los opadnięcia jest często następujący: rowki zacierają się szybko, mózg przyjmuje zabarwienie wiśniowe, sine, w końcu zielono-czarne i część powierzchowna obumiera, odłączając się w postaci silnie cuchnących mas martwiczych. Po oddzieleniu się tych części dno ubytku pokrywa się ziarniną, wciągając się z powrotem do czaszki.

Dawniej z obawy przed zakażeniem usuwano co prędzej część opadniętą; my obecnie zachowujemy się wyczekująco, zakładając opatrunki aseptyczne i chroniąc otoczenie od zakażenia. Ranom i ubytkom mózgu towarzyszą często zmiany w moczu (białko, moczenie obfite, cukrzyca rzekoma lub prawdziwa). Częstem bardzo powikłaniem jest zapalenie płuc.

W naszym przypadku żadnego z tych objawów nie było.

W klinice krakowskiej mieliśmy sposobność w ostatnich czasach spostrzegać 3 przypadki raków owłosionej części czaszki. Jeden wielkości złotego reńskiego znajdował się w okolicy wypukłości potylicznej zewnętrznej i dał się łatwo usunąć (kości nie zajmował); drugi, zupełnie analogiczny do wyżej opisanego, tylko większych jeszcze rozmiarów, nie był operowany, gdyż pacyent na operacyę nie zgodził się; o 3-cim wspomniałem wyżej w tej pracy.

Rak powłok czaszki stanowi mniej więcej 5% ogólnej liczby raków skóry. Początek swój bierze zwykle z nabłonka skóry, gruczołów łojowych i cebulek włosowych. Jako przyczynę powstania podają ucisk wykonywany przez kapelusze, hełmy, noszenie ciężarów na głowie, nadmierny łojotok i t. d. W cierpieniu tem rozróżnić możemy głównie dwie postacie: płaską i grzybowatą: płaska zajmuje czoło lub skroń, grzybowata potylicę. Raki te przerastają szybko kość. Opona twarda wstrzymuje na pewien czas ich rozrost w głąb, lecz w końcu przerastają one i tę granicę i zakażają wreszcie i mózg.

W przypadku naszym mózg był zdrowy, lecz opona twarda wykazywała podejrzane nacieki. Praktykowane gdzieniegdzie skrobanie części podejrzanych opony ostrą łyżeczką jest zabiegiem o wiele łagodniejszym, niż wycięcie; nie daje jednak nigdy pewności, że usunęliśmy ognisko chorobowe doszczętnie. Skrobanie wolno stosować tylko tam, gdzie z góry zrzekamy się postępowania doszczętnego. Z tych to powodów usunął prof. Kader oponę twardą i wyłuszczył gruczoły szyjne, choć raki głowy rzadko tworzą tamże przerzuty.

Ubytku w czaszce nie pokrywaliśmy, nie chcąc po raz drugi wejść w bliższą styczność z tak wrażliwym mózgiem; poleciliśmy tylko choremu nosić czapeczkę ochronną.

Przypadek nasz jest bardzo rzadkim, a w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem analogicznego. Dla przykładu przytaczam poniżej te, które mają najwięcej podobieństwa do naszego.

1. Albert Dehler i inni wspominają o wyzdrowieniu chorych pomimo ubytku dość znacznego mózgu; wyzdrowienie to nastąpiło jednak po długim przeciągu czasu.

2. Lunz *(Deutsche Wochenschrift nr. 23, 1900)*. Wycięcie gruzełka z okolicy ruchowej mózgu. Przed operacyą porażenie prawostronne po operacyi afazya, porażenie się wzmogło.

3. Lindsay (*Glasgow. Journal. 1900 Sept.*). Porażenie prawostronne, i narządu mowy; kurcze w ręce prawej i prawej połowie twarzy trepanacya, — usunięcie torbiela krwawego, leżącego w lewej półkuli w okolicy ruchowej. Wyzdrowienie po 9 miesiącach.

4. Mills, Keen, Spiller (*Journal of mental diseases. Mai 1900*). Porażenie prawostronne i niemota, trepanacya, usunięcie torbiela; wyzdrowienie po 3 miesiącach.

5. Biegański-Wrześniowski (*Medycyna nr 44 i 45*). Mięsak w lewej sferze ruchowej; wycięcie. Na drugi dzień porażenie twarzy ustąpiło. Przed operacyą porażenie prawostronne, lecz wystąpiło opadnięcie mózgu, a w końcu zapalenie opon.

6. Borsuk-Wizel (*Przegląd chirurg. T. III Zeszyt. 1*). Wynaczynienie w czaszce po uderzeniu kamieniem Na trzeci dzień niemota i porażenie nerwu twarzowego i podjęzykowego prawego. Kość ciemieniowa i skroniowa załamane. Usunięcie odłamków i skrzepów krwi, okłócie gałązki tętnicy oponowej średniej. Wycięcie kości na wielkość dłoni. Zeszycie rany. W następnych dniach porażenie kończyny górnej prawej, potem dolnej, w końcu padaczka Jacksonowska. Po 6 dniach otworzono ranę. Nakłócie 1 ctm. po za rowkiem Rolanda, w miejscu odpowiadającem ośrodkowi nerwu twarzowego. W temże miejscu nacięcie kory. Z białej substancyi dobyto 2 łyżeczki cieczy krwawej; usunięcie łyżeczką skrzepów. Zaszycie rany. Na drugi dzień porażenie kończyn znikło, mowa wróciła nieco wolniej, jedynie tylko porażenie mięśni twarzy utrzymywało się parę tygodni. Zupełne wyzdrowienie. Ubytku kości nie pokryto.

(W przypadku tym mózg uległ zmianie jedynie w okolicy ośrodka nerwu twarzowego, porażenie też to utrzymywało się parę tygodni).

7) Bonhoeffer (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Mediz. und Chirurg. II Band. II Heft. 1902*).

a) Pacyent liczy 56 lat. Załamanie czaszki stare. Niedowład prawej połowy twarzy. Zaburzenie czucia, bóle głowy. Trepanacya, zwolnienie blizny. Po operacyi prawa ręka słabsza, większe porażenie nerwu twarzowego, niemota. W przebiegu napady padaczkowe, mowa przeszedłszy przez okres parafazyi poprawiła się i po 2 miesiącach chory wyzdrowiał zupełnie.

b) Uderzenie w czoło w 5 roku życia; od 12 roku życia cierpi na padaczkę. Obecnie liczy lat 26. W maju 1900 roku wycięcie blizny na czole. Niema poprawy. W listopadzie trepanacya ciemieniowej kości prawej. Nie znaleziono nic nieprawidłowego. Po operacyi napady po stronie lewej ciała miały się zmniejszyć W czerwcu 1901 r. zgłosił się ponownie. Trepanacya po stronie lewej, na kości ciemieniowej również nie znaleziono nic. Po operacyi niedowład prawej dolnej części twarzy i języka, niemota, zmiany w piśmie, mowa po przejściu przez okres parafazyi poprawiła się, po 2 miesiącach chory okazuje jednak jeszcze pewne zboczenia.

III. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 *a)* u. k.?

Podał

Dr. Adam Szulisławski

Docent Uniwersytetu lwowskiego.

(Ciąg dalszy)

Dodatek.

Sądzę, że nie będzie bez korzyści, jeśli powyższe wywody poprę kilkoma przykładami własnych orzeczeń sądowo-lekarskich, które składałem wspólnie z innymi kolegami, jako zaprzysiężony znawca dla spraw okulistycznych przy c. k. wyższym sądzie krajowym we Lwowie. Wydaje mi się to tembardziej usprawiedliwionem, że dotychczas nie posiadamy żadnej prawie okulistycznej kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Przypadek. I., w którym uszkodzenie jednego oka sprowadziło osłabienie wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k.

K. K., l. 50., wyrobnica ze Lwowa, została pobitą 5 sierpnia 1899 r., pięściami po głowie i lewem oku. Zaraz potem zaniewidziała prawie zupełnie, gdyż również skutkiem pobicia pięściami na wiosnę tego samego roku bystrość wzroku na oku prawem miała doznać bardzo znacznego upośledzenia.

Dnia 10 sierpnia b. r. rozpoznano w oddziale ocznym kraj. szpitala powsz. we Lwowie: *Prolapsus iridis et luxatio lentis subconjunctivalis. Hyphaema. Cataracta membranacea oc. dex. Prolap. iridis et lentis subconj. Hyphaema. Haemophthalmus. (Probab. ablatio retinae?). Infractio corneae. Suggilationes palpebrarum et conj. bulbi oc. sin.*

Prokuratorya państwa żąda stanowczego orzeczenia w kierunku zbrodni z § 152, 155 i 156 *a.)* u. k.

Badanie poszkodowanej w d. 16 listopada 1899, wykazuje:

Oko lewe: 1) Zewnętrzne części prawidłowe, w szczególności niema na powiekach, ani w najbliższem otoczeniu oka żadnych śladów obrażenia, t. j. blizn lub t. p.

2) Rogówka, zwłaszcza w górnej połowie, nieprawidłowo wypuklona, okazuje też w tem miejscu dość rozległe zaćmienia. Brzeg rogówkowo-twardówkowy w górnej połowie lekko wypuklony, sinawo przeświecający. Powyżej wewnętrznego końca tego sinawego wypuklenia płaska wyniosłość (około 2 mm. średnicy), przeświecająca przez spojówkę (resztki wypadniętej pod spojówkę soczewki).

3) Przednia komórka głęboka. Tęczówka drga przy ruchach gałki. Źrenica przesunięta ku brzegowi górnemu, a górna część tęczówki gubi się za brzegiem rog.-twardówkowym, wklinowana i wrośnięta w bliznę podspojówkową.

4) W źrenicy widać resztki torebki soczewkowej w kształcie zwisającej i czerwonymi skrzepami krwi napojonej grubej firanki, która przy ruchach gałki drga i faluje.

5) Badanie wziernikiem: różowe światło z dna oka wydobyć można tylko przy gałce, zwróconej silnie ku górze i wewnątrz. Głębszych części i szczegółów dna oka dojrzeć nie można.

6) *W. l. o.* liczy palce przed okiem tylko centralnie. Szkła nie poprawiają. Pole widzenia od góry i od wewnątrz zupełnie zniesione, od dołu i od zewnątrz ścieśnione. [Ruchy palców od zewnątrz i od dołu widzi, ale palców policzyć nie może, od góry i wewnątrz ruchów palców nie widzi].

7) Oko prawe: Zewnętrzne części i zewnętrzne wejrzenie gałki zupełnie podobne do lewego. Przednia komórka głęboka, tęczówka wklinowana i wrośnięta podspojówkowo w górny brzeg rog.-twardówkowy. Źrenica założona grubą błoną, na której tu i owdzie widoczne czerwone ślady po skrzepach krwi.

8) Różowe światło z dna oka wydobywa się wziernikiem na dość znacznej przestrzeni, ale tylko przy gałce zwróconej ku górze i ku zewnątrz. Szczegółów dna oka nie widać.

9) *W. pr. o.* = liczy palce na 12 ctm.; z + 8 D. liczy palce na $1^1/_2$ m.

Orzeczenie: I. Na podstawie wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanej: wypadnięcie i wrośnięcie podspojówkowe tęczówki, brak soczewki w oku (resztki zwichniętej pod spojówką soczewki, opisane pod l. 2, jeszcze widoczne), zaćmę błoniastą oka lewego. *[Iridenkleisis. Aphakia e luxatione lentis subconj. Cataracta membr. oc. sin]*. Podobne zmiany na oku prawem.

II. Zmiany te mogły wystąpić tylko przez nagłe, podspojówkowe pęknięcie twardówki na granicy rog.-twardówkowej, a to skutkiem urazu zadanego narzędziem twardem, tępem, a trafiającego oko lub najbliższą jego okolicę z pewną znaczniejszą siłą. Podanie przeto badanej, że została uderzona pięścią w lewe oko, jest zupełnie wiarogodnem.

III. Zważywszy, że także oko prawe, również skutkiem zadziałania tępego urazu, już dawniej zupełnie w ten sam sposób zostało uszkodzone i takie same jak na o. l. okazuje zmiany, przyjąć należy, że u badanej istniała pewna, wrodzona lub nabyta skłonność, czyli usposobienie, do pęknięcia gałki po zadziałaniu tępego urazu.

IV. Zmiany te stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwającą powyżej 30 dni i pociągają za sobą trwałe osłabienie wzroku. Przyczem atoli podnieść należy, że uraz oka lewego i zmiany przezeń wywołane tylko dlatego w tym szczególnym przypadku sprowadziły trwałe osłabienie wzroku, że widzenie na *o. pr.* jest, skutkiem zmian dawniejszych (powstałych na kilka miesięcy przed urazem *o. l.*) bardzo znacznie upośledzone.

Przypadek II, w którym uzasadniona obawa współczulnego zapalenia każe zwrócić uwagę na możliwość trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k. H. K., l. 12, syna włościanina z Werbiża ugodzono d. 1 października, 1899 r. kijem w oko lewe. Natychmiast uczuł dotkliwy ból w tem oku, poczem krwotok i utrata światła. Chorował przez trzy tygodnie. Badanie w d. 23 listopada 1899 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Na powiekach i w najbliższem otoczeniu oka żadnych śladów obrażenia wykazać nie można. Spojówka gałki siatkowato nastrzykana, przy badaniu znacznie się zaczerwienia.

2) Gałka oczna w całości zmniejszona, przy dotyku silnie bolesna. W dolno-wewnętrznym kwadrancie blizna przy brzegu rogówki, 5 mm. długa. Od dolnego jej końca odchodzi ku dołowi blizna wciągnięta, około 6 mm. długa. Od górnego zaś końca ciągnie się ku wewnątrz drugie ramię na 4 mm. Przybrzeżna i dolna blizna okazują ciemne ślady barwika tęczówki.

3) Komórka przednia nierównej głębokości, w dolnym i wewnętrznym kwadrancie bardzo płytka, w górze głębsza. Tęczówka odbarwiona, wypłowiała, o rysunku zamazanym, atroficzna. W samej tęczówce zaciągnięcia i blizny. Źrenica wciągnięta w bliznę i zupełnie zarośnięta, skutkiem czego głębszych części oka dojrzeć nie można.

4) *W. l. o.* = O., t. j. zupełny brak poczucia światła, co i przedmiotowo stwierdzić można, prawa bowiem źrenica wprost dobrze ruchoma, współczulnie wcale nie oddziaływa.

5) Oko prawe: zewnętrzne części i dno oka prawidłowe. Hp. 1 D.

6) *W. pr. o.* = $^5/_5$ znaki; to samo z + 1 D.

Orzeczenie: I. Stosownie do wyniku powyższych

oględzin stwierdzamy u badanego: bliznę rog.-twardówkową z wrośniętą tęczówką i następowy zanik gałki ocznej ze ślepotą oka lewego. *[Cicatrix corneae et sclerae c. synech. anteriori, subsequente atrophia bulbi et amaurosi oc sin.]*.

II. Zmiany te mogły powstać tylko skutkiem urazu, zadanego narzędziem twardem, tępo-kończystem i jest zupełnie wiarogodnem podanie badanego, że został uderzony kijem w oko lewe przed mniej więcej siedmiu tygodniami.

III. Zmiany te stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwającą powyżej 20 dni i utratą jednego oka.

IV. Z uwagi, że zanikająca lewa gałka oczna jest przy dotyku silnie bolesna *(atrophia dolorosa)*, istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia współczulnego zapalenia oka prawego *(ophthalmia sympathica)*. Możnaby temu skutecznie zapobiedz tylko przez wyłuszczenie gałki ocznej lewej, na co atoli ojciec poszkodowanego się nie zgadza. Zachodzi przeto w tym przypadku uzasadniona obawa trwałego osłabienia, lub nawet zupełnej utraty wzroku.

Przypadek III, w którym upośledzenie widzenia na jednem oku nie sprowadziło trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k.

F. R. l. 58, z Przemyśla pobito pięściami po twarzy, głowie i oku lewem d. 11. września 1899 r. Był badany w d. 23 września z. r., nie posiadam atoli notatek z ówczesnego orzeczenia znawców i mimo usiłowań nie mogłem uzupełnić własnych zapisków z aktów sądowych, gdyż nie można ich było tu odszukać.

Prokuratorya państwa żąda stanowczego orzeczenia w kierunku § 156 *a.)* u. k., oraz zapytuje: »czy uszkodzenie takie mogło powstać przez uderzenie o twardy przedmiot przy upadku na ziemię?«

Badanie z d. 23 stycznia 1900 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Na skórze powiek, i w najbliższem otoczeniu oka niema żadnych śladów obrażenia, t. j. blizn i t. p.

2) Powieka górna opada tak, że przy spokojnem patrzeniu w dal pokrywa $^4/_5$ rogówki. Przy forsownem usiłowaniu podniesienia powieki górnej pomyka ona tylko bardzo nieznacznie i leniwo ku górze. Dopiero przy zamknięciu i przytrzymaniu palcami powiek o. pr. ruch ten staje się nieco wydatniejszym, o tyle mianowicie, że źrenica wchodzi w obręb szpary powiekowej.

3) Budowa gałki niedomiarowa *(myopia)*, a ruchomość jej we wszystkich kierunkach prawidłowa. Spojówka powiek zboczeń nie przedstawia. Na spojówce gałki występuje wśród badania lekkie, siatkowate nastrzykanie naczyń. Zresztą oko bez podrażnienia, przy dotyku nie bolesne, o napięciu prawidłowem (Tn.).

4) Rogówka czysta. Przednia komórka nieco głębsza niż na o. pr. Ciecz wodna czysta. Tęczówka o rysunku lekko zamazanym, niebieska z zielonawym odcieniem. Źrenica nieco rozszerzona, nieregularnego kształtu, zrośnięta zapomocą licznych i szerokich tylnych przyczepin dokoła z przednią torebką i założona cała szarą błoną, która, od dołu gruba, staje się ku górze coraz cieńszą i przejrzystszą. Źrenica na światło wcale nie oddziaływa. Przy ruchach gałki nie można dojrzeć żadnego drżenia tęczówki.

5) W górnej połowie źrenicy obrazek Purkinjego (trzeci), od tylnej powierzchni soczewki niewyraźnie dostrzegalny. Ze szczegółów dna oka dostrzedz zaledwie można, jak przez bardzo grubą mgłę, tarczę nerwu wzrokowego, okoloną szerokim garbem.

6) *W. l. o.*=ruchy ręki przed okiem. Ubytków w polu widzenia wykazać nie można.

Oko prawe: 7) Zewnętrzne części prawidłowe. Budowa gałki niedomiarowa *(myopia)*. Źrenica okrągła, wolna, na światło wprost oddziaływa dobrze, współczulnie bardzo słabo. Wziernikiem wykazać można rozpoczynające się zaćmiewanie soczewki od obwodu i szeroki garbiak tylny naokoło tarczy nerwu wzrokowego. Ku zewnątrz cała okolica plamki żółtej na szerokiej przestrzeni jest wyraźnie bledsza, szarawa w porównaniu z resztą dna oka, jako wyraz toczącej się w tem miejscu sprawy zanikowej w naczyniówce, pospolitej zresztą zmiany przy wysokiej niedomiarowości.

W. pr. o.= palce na $^3/_4$—1 m, Sn. 0,5 (od 5—7 cm.), $^6/_{24}$ Mp. 20 D

Orzeczenie: I. Na podstawie powyższego badania stwierdzamy następujące zmiany: znaczny niedowład i opadanie powieki górnej, okrężną tylną przyczepinę i zarośnięcie źrenicy po zapaleniu tęczówki, szeroki garbiak tylny na oku lewem; rozpoczynającą się zaćmę, wysoką niedomiarowość i jej następstwa, rozległy garbiak tylny i rozpoczynający się zanik naczyniówki na oku prawem. *[Ptosis palp. sub. Se-et occlusio pupillae. Staphyloma post. oc. sin. Cataracta incip. Myopia excessiva. Staphyloma post. Atrophia incip. chorioideae oc. dextri.*

II. Nie ulega żadnej wątpliwości, że oko lewe było zawsze tak samo krótkowidzące, jak prawe, czego ostatecznym dowodem jest szeroki garbiak tylny, opisany pod l. 5.

III. Zmiana opisana pod 2, powstała niewątpliwie jako bezpośredni skutek urazu; zmiany zaś, opisane pod 4, są następstwem urazowego zapalenia tęczówki i wylania się krwi do przedniej komórki.

IV. Wobec tego, że obecnie na skórze powiek i w okolicy oka lewego niema żadnych blizn, ani też innych śladów zranienia, jak również ze względu na to, że w protokole oględzin z d. 23 września 1899 r., a więc wykonanych w 12 dni po wypadku, niema żadnej wzmianki o jakiejś ranie, lub choćby śladach otarcia skóry na powiekach i okolicy oka lewego, przypuścić należy, że uraz musiał być zadany ciałem tępem, twardem i gładkiem. Wynika z tego, że aczkolwiek nie da się wykluczyć możliwość powstania pod 2 i 3 opisanych zmian wskutek uderzenia się poszkodowanego o przedmiot o powyższych własnościach, leżący na ziemi, to jednak bliższem i prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że powstały one skutkiem uderzenia pięścią.

V. Zmiany, opisane pod l. 2 i 4, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwającą przez dni 30.

VI. Ze względu na to, że możnaby zapomocą wskazanej w tym przypadku operacyi (irydektomii) podnieść bystrość wzroku na o. l., a o. pr. skutkiem urazu wcale nie ucierpiało, bo zmiany w niem znalezione są jedynie tylko zwykłem następstwem wysokiej myopii, przeto uraz ten, chociaż sprowadził upośledzenie widzenia na oku lewem, nie spowodował jednak w tym przypadku trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k.

Przypadek IV. Samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, czy osłabienie wzroku?

A. S. l. 48, z Woli bukowskiej, został wśród bijatyki ugodzony d. 6 września kamieniem w oko lewe.

W kilka dni potem dwaj znawcy sądowi wydali po zbadaniu chorego i opisaniu zmian następujące orzeczecie: »Zmiany na o. l. opisane przedstawiają się jako porażenie tęczówki, powstałe wskutek uderzenia kamieniem; zmiany te spowodowały osłabienie wzroku na o. l. a tem samem i osłabienie wzroku w ogólności. Uszkodzenie to jest ciężkie, ponieważ pociągnie za sobą trwałe osłabienie wzroku w ogólności«.

Prokuratorya Państwa żąda ponownego zbadania poszkodowanego przez okulistów i wydania stanowczego orzeczenia w kierunku zbrodni ciężkiego uszkodzenia ciała z § 152 i 155 u. k.

Badanie w d. 19 lutego 1900 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Ponad łukiem brwiowym lewym i równolegle do niego przebiega głęboka blizna skórna, 28 mm. długa, dająca się ze skórę przesuwać.

2) Spojówki powiek okazują znamiona przewlekłego nieżytu. Oko spokojne, niebolesne. Rogówka czysta i nienaruszona.

3) Przednia komórka bardzo płytka, zaś nieco na zewnątrz od szczytu rogówki zupełnie zniesiona, a to skutkiem przyrośnięcia poszarpanego w tem miejscu brzegu źrenicznego tęczówki do tylnej powierzchni rogówki. Z drugiej strony istnieją w temże samem miejscu liczne zrosty z przednią torebką soczewki, które soczewkę, wypchniętą poprzednio wraz z przylegającą tęczówką z jej naturalnego położenia ku przodowi, utrzymują w bliskości tylnej ściany rogówki i powodują w ten sposób nadwichnięcie soczewki ku przodowi. Dolno-zewnętrzna część źrenicy w najbliższem sąsiedztwie opisanych przednich i tylnych przyczepin jest założona cienką błonką uorganizowanej wypociny, a nadto znajduje się tu jeszcze ślad wybroczyny krwawej w postaci krwawego punkcika wielkości ziarnka maku. Górno wewnętrzna część źrenicy wolna, okazuje na światło ślad oddziaływania.

4) Soczewka czysta, obrazki Purkinjego widoczne bardzo dobrze w wewnętrznej połowie, przyćmione nieco w zewnętrznej. Ciałko szkliste jasne. Dno oka prawidłowe. Tarcza nerwu wzrokowego dobrze odgraniczona, od zewnątrz wązki, sierpowaty garbiak tylny.

5) *W. l. o.* = $^6/_{60}$ (znaki). Szkła nie poprawiają.

Oko prawe: 6) Spojówki powiek przedstawiają obraz przewlekłego nieżytu, zresztą części zewnętrzne i dno oka prawidłowe.

W. pr. o. = $^6/_{12}$ Hp. 1, 5 D (znaki).

Orzeczenie: Stosownie do powyższego badania stwierdzamy bliznę skórną nad łukiem brwiowym lewym, przednie i tylne przyczepiny, poszarpanie brzegu źrenicznego i przemieszczenie soczewki ku przodowi na oku lewem. *[Cicatrix ad arcum supercil. Synech. ant. et. post. Ruptura sphinct. pup. Subluxatio lentis oc. sin].*

II. Zmiany takie powstać mogą tylko skutkiem urazu zadanego narzędziem twardem, użytem z siłą, i jest zupełnie prawdopodobnem, że w tym przypadku mogły powstać skutkiem uderzenia kamieniem w okolicę oka lewego przed mniej więcej 6 miesiącami.

III. Zmiana, opisana pod l. 1 (blizna skórna), stanowi lekkie uszkodzenie ciała, połączone z upośledzeniem zdrowia, trwającem poniżej dni 20.

IV. Zmiany opisane pod l. 3, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy powyżej dni 20.

Przypadek V. Samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała z prawdopodobieństwem upośledzenia wzroku, czy zmiany utworowe?

D. K., włościanina, 45 l. liczącego, z Muszkatówki, pobito d. 25 listopada 1899 r. pięściami po twarzy i głowie.

Znawcy sądowi znaleźli »liczne zmiany wybroczynowe na twardówce i tęczówce oka lewego, oraz zaćmę urazową i ścieśnienie pola widzenia«, które oznaczyli jako »ciężkie uszkodzenie ciała z prawdopodobieństwem trwałego upośledzenia wzroku«, zastrzegli jednak powtórne oględziny przez specyalistów.

Prokuratorya Państwa stawia pytania co do zbrodni ciężkiego uszkodzenia ciała z § 152 i 156 *a.* u. k.

Badanie z d. 16 marca 1900 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Na skórze powiek i w najbliższem otoczeniu o. l. żadnych śladów obrażenia, j. t. blizn i t. p. wykazać nie można.

2) Spojówki powiek i gałki prawidłowe, rogówka gładka, lśniąca i czysta.

3) Na twardówce dokoła obwodu rogówki liczne nieregularnie rozmieszczone plamy barwikowe, rozmaitego kształtu, częścią stojące osobno, częścią zlewające się ze sobą, t. zw. znamiona barwikowe *(naevus pigment).*

4) Przednia komórka głębokości prawidłowej. Ciecz wodna czysta. Tęczówka o prawidłowem utkaniu, ciemno brunatna skutkiem nadmiernej obfitości przybłonka barwikowego. Źrenica okrągła, wązka, wolna, na światło dobrze oddziaływa.

5) Soczewka czysta, prawidłowa. Ciałko szkliste bez zmian. W dnie oka podściółka barwikowa silnie rozwinięta. Tarcza nerwu wzrokowego dobrze ograniczona, różowa. Na niej w dolno-zewn. kwadrancie widać jedną większą, owalną plamę barwikową, pokrywającą jedno z naczyń na tarczy, od której ku środkowi tarczy odchodzi znacznie jaśniejsza i wydłużona plamka barwikowa. Obok niej wzdłuż i na wewnątrz od żyły skroniowej dolnej (*v. temporal inf.*) ciągnie się również wydłużone i jaśniejsze znamię barwikowe (*naevus pigmentosus*). Naczynia prawidłowe. Zresztą w dnie oka niczego nieprawidłowego wykazać nie można.

6) *W l. o.* = $^6/_{10}$ nie całe (znaki); $^6/_8$ z − 0,5 D.

Pole widzenia w porównaniu z prawem nieco ścieśnione, atoli w granicach jeszcze fizyologicznych.

Oko prawe: 7) Części zewnętrzne i dno oka prawidłowe. Uderza tylko jasno-niebieskie zabarwienie tęczówki wobec ciemnego zabarwienia tęczówki oka lewego.

W pr. o. $^6/_{10}$ − 6 (znaki). Szkła nie poprawiają.

Orzeczenie. I. Stosownie do wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanego na oku lewem jedynie tylko nadmierne nagromadzenie barwika, w postaci rozsianych, nieregularnych znamion barwikowych twardówki, ciemnego zabarwienia tęczówki i w dnie oka lewego, jakoteż znamion barwikowych na tarczy nerwu wzrokowego *(naevus pigment. sclerae et papillae n. opt.)*, które istnieje, jako wrodzone zboczenie utworowe.

II. Ani na częściach zewnętrznych, ani w dnie oka nie można wykazać żadnych zmian, powstałych po obrażeniu, stwierdzamy przeto, że uraz rzekomo w dniu 25 listopada 1899 r. zadany nie pozostawił po sobie żadnych śladów.

Przypadek VI., w którym powikłane ciężkie uszkodzenie jednego oka nie wywołało żadnego ze skutków przewidzianych w § 156 a.) u. k.

H. K., l. 43., zamieszkały w Batiatyczach, został d. 12 lutego 1900 uderzony tyczką w okolicę prawego oka. Silne krwawienie. Obrzmienie trwające długi czas.

Oględziny przedsięwzięte d. 13 lutego l. r. przez dwu znawców lekarzy wykazały ranę około kącika wewnętrznego o brzegach poszarpanych, podbiegnięcie krwawe na spojówce gałki w kąciku wewnętrznym.

D. 23-go marca powtórne oględziny, przy których ci sami znawcy stwierdzili, że »rana w kąciku wewnętrznym, niezupełnie jeszcze zagojona, — granuluje«, a nadto wykazali zrost ze spojówką gałki, »upośledzający ruchomość gałki ocznej, szczególnie w kierunku na prawo; przez to spowodowane jest wpadające w oczy oszpecenie, a w dalszej mierze i zmniejszony widnokrąg«. Badany rzekomo »na 1 m. oddalenia palców policzyć nie może«. Wziernikiem nie wykryto zboczeń. Znawcy sądowi przypuszczają agrawacyę. W orzeczeniu kwalifikują: »jako ciężkie uszkodzenie ciała, powodujące upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy przez czas ponad dni 20, nadto wywołało wpadające w oczy oszpecenie, a gdyby się okazało, że badany subjektywnie nie symuluje, czego przy badaniu środkami, którymi rozporządzamy, skonstatować nie można było, i w samej rzeczy ucierpiał osłabienie wzroku na uszkodzonem oku, to natenczas spowodowało uszkodzenie to i trwające osłabienie wzroku oka uszkodzonego, — w obec czego sprawę należy odstąpić do zbadania specyalistów«.

Prokuratorya państwa żąda stanowczego orzeczenia »czyli w niniejszym przypadku zachodzą znamiona zbrodni z § 156. *a)* u. k.«

Badanie z d. 26-go kwietnia 1900 r. wykazuje:

Oko prawe: 1) Kącik wewnętrzny zajęty jest gwiazdkowatą gładką blizną. Jedno z głównych jej ramion dąży w przedłużeniu szpary powiekowej na długość 10 mm. ku nosowi, drugie skręca ku dołowi i przebiega równolegle do brzegu powieki dolnej na jakie 8—10 mm. Sam kącik wewnętrzny jest skutkiem zbliznowania wyrównany, zrośnięty z mięskiem łzowem i spojówką powieki dolnej i górnej w najbliższem otoczeniu; — zapomocą zaś grubego i niepodatnego zrostu złączony jest bezpośrednio ze spojówką gałki ocznej. Zrost ten nie da się podejść ani obejść zgłębnikiem.

2) Ruchomość gałki ocznej jest skutkiem tego zrostu ku zewnątrz bardzo znacznie upośledzona. Przy ruchach zaś ku dołowi i górze ulega gałka oczna skręceniu ku wewnątrz. Bezpośrednim skutkiem tego są podwójne obrazy przy obuocznem widzeniu, które badany stara się usunąć przez znamienne skręcenie głowy ku stronie prawej.

3) Szpara powiekowa jest krótsza, mierzy 23 mm., podczas gdy na oku lewem długość jej wynosi 25 mm.; a także przy spokojnem patrzeniu wdal jest o $1^1/_2$ mm. niższą od lewej.

Przy łagodnem zamykaniu powiek, jak do snu, pozostaje na o. pr. wązka (około $1^1/_2$ mm.) szparka między powiekami, która znika dopiero przy forsownem skurczeniu powiek.

4) Bruzdy, powstające przy zmarszczeniu czoła, są nieco płytsze po stronie prawej, niż po lewej, a nadto po kilkunastu sekundach wyrównywują się zwolna, t. j. brew przesuwa się (opada) ku dołowi, podczas gdy po stronie lewej i brew w górze pozostała i zmarszczenie czoła trwało jeszcze.

5) Wystawiony język dotyka prawego kącika ust, czyli pozornie zbacza na prawo.

6) Gałka oczna w całości cofnięta ku tyłowi, w głąb oczodołu, stoi niżej, a raczej głębiej od lewej o jakie 4—5 mm.

7) Spojówki powiek lekko rozpulchnione i przekrwione. Skąpa wydzielina śluzowa.

8) Od szczytu rogówki ku dołowi, w obrębie szpary powiekowej, istnieją powierzchowne, leciuchne zaćmienia, drobne nierówności, znamienne i właściwe objawy wysechania przybłonka rogówkowego.

9) Czucie w rogówce i spojówce gałki wyraźnie upośledzone.

Odruch powiekowy przy obydwu oczach otwartych, po obydwu stronach prawidłowy, przy zamkniętem jednak oku lewem, bardzo upośledzony, ledwie zaznaczony na oku prawem.

10) Przednia komórka głębokości prawidłowej. Ciecz wodna czysta. Źrenica okrągła, wolna, dobrze oddziaływa. Środki łamiące czyste. Dno oka prawidłowe.

11) *W. o. pr.* = 6/15 — 10 (znaki). Szkła nie poprawiają.

Oko lewe: 12) Zewnętrzne części, środki łamiące i dno oka prawidłowe. *W. l. o.* = 6/6—5 (znaki). To samo, podmiotowo lepiej z + 0.5 D.

Orzeczenie: I. Na podstawie wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanego urazowe cofnięcie się (wgłębienie) gałki ocznej prawej (l. 6), zrost spojówki powiekowej w kąciku wewnętrznym ze spojówką gałki z następowem upośledzeniem ruchomości gałki ocznej i podwójnem widzeniem (l. 1 i 2), niedomykalność powiek i to skutkiem niedowładu prawego nerwu twarzowego (l. 3. 4. 5.), upośledzenie czucia rogówki i spojówki (l. 9), jako wyraz zajęcia I gałązki nerwu trójdzielnego prawego. *(Enopthalmus traumaticus dexter. Symblepharon partiale subsequ. diplopia. Lagophthalmus minoris gradus e paresi n. facialis d. Paresis ram. ophthalm. n. trigemini dextri).*

II. Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że niedowład prawego nerwu twarzowego (l. 3. 4. 5) powstał i istnieje niezależnie od urazu.

III. Zbliznowacenie wewnętrznego kącika oka prawego, zrost ze spojówką gałki (l. 1) z towarzyszącymi mu objawami (l. 2), wgłębienie gałki ocznej prawej (l. 6) i upośledzenie I gałązki n. trójdzielnego prawego (l. 9) powstały niewątpliwie wskutek urazu, zadanego ze znaczną siłą w okolicę wewnętrznego kącika o. pr. narzędziem twardem, tępem, np. grubą tyczką.

IV. Zmiany te stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia, trwającem powyżej dni 30.

V. Z uwagi, że zmiany te dotyczą czterdziestokilkoletniego włościanina, a zwłaszcza i głównie dlatego, że wcale nie są „podpadające“, gdyż do stwierdzenia ich potrzebne jest nader dokładne, wprost drobiazgowe badanie lekarskie (blizna na skórze jest gładka, mało widoczna, a zrost kryje się pod powiekami), nie może być w tym wypadku mowy o podpadającem oszpeceniu w myśl § 156 *a*) u. k.

VI. Zważywszy, że zapomocą stosownej operacyi (t. j. przez usunięcie zrostu) można usunąć przyczynę upośledzenia ruchomości gałki, a tem samem znieść podwójne widzenie (o którem badany i tak sam nie wspomina, gdyż wcale sobie z niego sprawy nie zdaje), a powtóre z istniejącej obecnie na obydwu oczach (pod l. 11 i 13 wyszczególnionej) bystrości wzroku przy zupełnie prawidłowem dnie oka, wynika, że nie zachodzi w tym przypadku obawa trwałego osłabienia wzroku w myśl § 156 *a*) u. k.

VII. Orzekamy przeto, że uraz w tym przypadku spowodował ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia, trwającem powyżej 30 dni, nie pociągnął zaś za sobą żadnego ze skutków przewidzianych w § 156 *a*) u. k.

Przypadek VIII., w którym urazowe zwichnięcie soczewki nie sprowadziło trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 u. k. Dnia 17. lutego 1900. przyszło do bójki między W. B., l. 45. liczącym włościaninem z Hoszan i W. Ł. Wśród mocowania się W. B. uchwycony za włosy i wrzucony pod wóz, upadł tam razem z przeciwnikiem. Ten ostatni uwolnił się jednak szybko, poczem kopał leżącego na wznak na ziemi w prawy bok, piersi i prawe oko, przyczem żona oskarżonego miała przytrzymywać ofiarę za włosy.

W d. 8. marca odbyły się pierwsze oględziny lekarskie. Stwierdzono wówczas: 1) świeżą bliznę na łuku brwiowym. 2) Rozszerzenie źrenicy i nieruchomość jej. Drganie tęczówki. 3) Wzrok = »czuje wrażenie światła, a na odległość $^3/_4$ m. rozpoznaje i liczy palce«. Znawcy wydali wówczas następujące orzeczenie: »Opisane obrażenie oka prawego mogło powstać zgodnie z podaniem badanego przez uderzenie w brzeg oczodołu narzędziem twardem, tępokańciastem. Sprowadzone wstrząśnienie spowodowało oderwanie się i opadnięcie soczewki oka prawego, nadzwyczajne rozszerzenie się źrenicy a w następstwie wady przytoczone w funkcyi wzroku na oku prawem, graniczące prawie z zupełną utratą wzroku w tem jednem oku. Ponieważ obrażenie to jest trwałem i nieuleczalnem, przeto stanowi uszkodzenie ciężkie z powyżej 30-dniową niezdolnością do pracy«.

Prokuratorya Państwa zwraca akta sędziemu śledczemu z wezwaniem, aby od okulistów zażądał stanowczego orzeczenia na podstawie aktów »czyli uszkodzenie ciała, jakie poszkodowany W. B. na o. pr. odniósł, połączone jest z trwałem osłabieniem wzroku § 156 *a*) u. k.«

Po zbadaniu aktów złożyliśmy następujące oświadczenie: »Na podstawie protokółu oględzin, tudzież protokółu zeznań poszkodowanego), nie możemy wydać orzeczenia czy to uszkodzenie pociągnęło za sobą trwałe osłabienie wzroku,—albowiem do stanowczego oświadczenia się w kierunku pytania c. k. prokuratoryi państwa w S., koniecznem jest bezpośrednie zbadanie uszkodzonego«.

Badanie z d. 17. maja 1900. r. wykazuje:

Oko prawa: 1) Wzdłuż łuku brwiowego prawego ciągnie się blizna skórna, wolno na kości przesuwalna.

2) Gałka oczna bez podrażnienia. Spojówki i rogówka prawidłowe.

3) Przednia komórka znacznie głębsza niż na o. l. Tęczówka przy ruchach gałki wyraźnie drga W zewnętrznym kwadrancie widoczne oderwanie tęczówki od brzegu rzęskowego na przestrzeni 5—6 mm. Źrenica szeroka, wcale nie oddziaływa na światło wprost, ani współczulnie, ani przy ruchach gałki.

4) Soczewka zwichnięta, zatopiona zupełnie w ciałku szklistem i umocowana od dołu w okolicy rzęskowej. Przy gałce silnie ku dołowi zwróconej dostrzega się wyraźnie jej ostro zarysowanym ciemny brzeg i górną połowę przezroczystej jeszcze kory. Przy ruchach gałki wykonywa soczewka drobne ruchy bierne.

Ciałko szkliste okazuje drobno-pyłkowe zaćmienie.

5) Dno oka prawidłowe.

6) *W. pr. o.* = $^6/_8 - ^6/_6$ (znaki) z + 10 D.

Oko lewe: 7) Zewnętrzne części i dno oka prawidłowe.

W. l. o. = $^6/_6 - ^6/_5$ (znaki). Szkła pogarszają.

Orzeczenie: I. Na podstawie powyższego badania stwierdzamy u poszkodowanego: bliznę skórną na łuku brwiowym prawym (l. 1), oderwanie i drganie tęczówki, porażenie ździergacza źrenicy (l. 3), zwichnięcie soczewki do ciałka szklistego i męty w ciałku szklistem (l. 4) oka prawego. *[Cicatrix ad arcum superc. Iridodialysis. Iridodonesis. Paralysis sphinct. pup. Luxatio lentis in corpus vitr. Opacitates corporis vitr. oc. dex.]*

II. Zmiany te mogły powstać tylko skutkiem tępego urazu, który z pewną, znaczniejszą siłą zadziałał na brzeg oczodołu w okolicy łuku brwiowego prawego.

III Blizna skórna, opisana pod l. 1, stanowi lekkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia około 8 — 10 dni trwającem.

IV. Zmiany, opisana pod l. 3 i 4, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała.

V. Ze względu, że oko prawe, t. j. uszkodzone nie okazuje żadnych śladów zadrażnienia, a co do bystrości wzroku zachowuje się zupełnie tak, jak każde oko, z którego soczewkę usunięto (np. po operacyi zaćmy), t. j. że zapomocą odpowiedniego szkła osiąga się niemal prawidłową bystrość wzroku (l. 6), oko zaś lewe jest zupełnie zdrowe, przeto powyższe samo przez się ciężkie uszkodzenie, jakie poszkodowany na o. pr. odniósł, nie jest połączone z trwałem upośledzeniem wzroku w rozumieniu § 156 *a*) u. k. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. M. Nartowski: **Zakłady lecznicze dla umysłowo chorych w oświetleniu najnowszych zdobyczy naukowych.** *(Kraków, 1902).*

Popularna broszura, napisana dla oświeconego ogółu, ma na celu budzić społeczeństwo do zajęcia się sprawą obłąkanych.

Autor, naszkicowawszy historyę psychiatryi i istotę chorób umysłowych, poddaje zasłużonej krytyce wadliwe i niehumanitarne urządzenie naszych zakładów dla obłąkanych, ich olbrzymie przepełnienie, przeciążenie pracą służby i lekarzy, którzy „za swe bezgraniczne poświęcenie bywają jeszcze szarpani, a nawet poniżani"; za gorące słowa obrony pożałowania godnych lekarzy zakładowych i za dosadne a prawdziwe przedstawienie ich ciężkiej a niewdzięcznej pracy należą się autorowi wyrazy rzetelnego uznania i podzięki.

Jako środek do poprawy naszych zacofanych stosunków na polu pielęgnowania obłąkanych zaleca autor przeprowadzoną na szeroką skalę decentralizacyę dzisiejszych zakładów i urządzenie opieki domowej *(patronage familial)* i kolonij leczniczych na wzór osad w Gheel w Belgii; dalej — stworzenie przytułków i zakładów obserwacyjnych, które równocześnie musiałyby spełniać zadanie klinik, wreszcie urządzenie zakładów leczniczych i osobnych zakładów, utrzymywanych przez zarządy więzienne, a przeznaczonych dla przestępców, podejrzanych o udawanie choroby umysłowej.

Temu ostatniemu postulatowi autora stało się już o tyle zadość, że ministerstwo sprawiedliwości rozporządzeniem z dnia 6-go sierpnia b. r. ograniczyło dotychczas praktykowane oddawanie więźniów do publicznych zakładów dla obłąkanych i zaleciło umieszczanie ich w odpowiednio urządzonych ubikacyach więziennych, gdzie mają być badani i obserwowani, a dopiero po stanowczem stwierdzeniu choroby umysłowej do właściwych zakładów odsyłani.

Zamierzona budowa i urządzenie dwóch nowych zakładów i dwóch klinik uniwersyteckich będzie — zdaniem autora — nie wystarczające wobec stosunkowo wysokiej, a z roku na rok zwiększającej się liczby obłąkanych.

Autor, żądając pomocy od kraju i rządu, apeluje równocześnie do całego społeczeństwa, aby wzięło się do zorganizowania odpowiedniego towarzystwa, mającego na celu opiekę nad umysłowo chorymi.

Oby gorący ten apel autora nie przeszedł bez echa i oby społeczeństwo nasze przestało.. „wydawać tysiące na przepych, a żałować najskromniejszej opieki tym najbiedniejszym".

Broszura napisana popularnie, treściwie i z zapałem; przyczynić się może bez wątpienia do objaśnienia szerszych warstw o istocie i potrzebie opieki nad obłąkanymi.

Z prawdziwym dla siebie i społeczeństwa pożytkiem mogą ją przeczytać dziennikarze, zwłaszcza ci, którzy nie znając dokładnie istoty rzeczy, rzucają z za redakcyjnego biurka gromy na zakłady, psychiatryę i psychiatrów, w głębokiem przekonaniu, że w ten sposób przysłużą się biednym chorym i całemu społeczeństwu. *Dr. St. J.*

V. Wyciągi.

Moser (Wiedeń). **Leczenie płonicy surowicą łańcuszkowców płoniczych.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 41. 1902). Od listopada roku 1900 wykonywa M. w klinice Eschericha w Wiedniu próby z surowicą własnego pomysłu. Przedewszystkiem uodparnia on zwierzęta zapomocą łańcuszkowców, otrzymywanych ze krwi serca osobników, zmarłych na płonicę, a surowicą otrzymaną z tych zwierząt stara się wpłynąć na przebieg płonicy u innych osobników. Moser wstrzykuje koniom stopniowo mięszaninę żywych hodowli łańcuszkowców; po kilku miesiącach upuszcza im krwi i wstrzykuje otrzymaną surowicę chorym na płonicę, bez dodatku karbolu. Ogółem na 699 przypadków płonicy wstrzykiwał surowicę w 81 przypadkach; przy wyborze chorych do wstrzykiwań, kierował się on stopniem choroby, gdyż dla łatwiejszego przeglądu podzielił wszystkie przypadki, zależnie od rokowania, na cztery grupy: lekkie (I), średnio ciężkie (II), ciężkie (III) i śmiertelne (IV). Z początku wstrzykiwał małe dawki (30 ctm³); stopniowo doszedł do 180 ctm.³ i tę dawkę obecnie wstrzykuje w każdym przypadku. Wstrzykując wcześnie (w pierwszym lub drugim dniu choroby) nie miał żadnego przypadku śmierci, w 3-cim dniu odsetek śmiertelności wynosił 14,29, w 4-tym 23,08%, w 5-tym 40,00%, w 7-mym 43,33%, w 8-mym 50,00%, w 9-tym 50,00%, przyczem nadmienić należy, że M. wybierał do leczenia surowicą przypadki najcięższe, odsyłając mniej ciężkie do innych szpitali. Mimo to odsetek śmiertelnosci był mniejszy (8,99%), aniżeli w innych szpitalach wiedeńskich (13.09%.)— Za swoistem działaniem surowicy przemawia przedewszystkiem obraz kliniczny, mianowicie: stan ogólny szybko się poprawia, osutka przy wczesnem wstrzykiwaniu nie rozwija się, albo znika szybko; zaburzenia nerwowe ustępują, ciepłota i tętno już w samym początku choroby łagodnieją, podobnie objawy ze strony narządu oddechowego i przewodu pokarmowego. Obrzmienie gruczołów w jamie nosowo-połykowej prędzej ustępuje i nie przybiera wielkich rozmiarów, a procesy ropne w uchu i zapalenie nerek wydarzyły się rzadziej i ze słabszem nasileniem; czas trwania choroby jest krótszy i wcześniej występuje okres wyzdrowienia. Co się tyczy leczenia ochronnego, M. stosował je w 39 przypadkach. Badania w tym kierunku nie są atoli jeszcze ukończone. — W wielu przypadkach spostrzegano osutkę po wstrzykiwaniach i bóle w stawach, a niekiedy wystąpienie ropnia w miejscu wstrzyknięcia. Innych ubocznych objawów nie zauważono. Ogółem więc, sądzi autor, że surowica przeciwpłonicza wywiera wpływ korzystny na przebieg płonicy; rzuca on myśl, czy też łańcuszkowce nie są jedynie i wyłącznie przyczyną płonicy, a dodaje, że od roku 1897 w 99 przypadkach śmierci po płonicy, zdołano wychodować z krwi wziętej z serca 63 razy łańcuszkowce. Tę ostatnią okoliczność stwierdzili już inni badacze (Baginsky, Sommerfeld, Slawyk). Łańcuszkowce te różnią się jednak od łańcuszkoców róży, ropówki itp.

Na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Karlsbadzie, gdzie Moser po raz pierwszy ogłosił wyniki swych badań, potwierdził Escherich w całkowicie w dyskusyi wywody swego asystenta i zaznaczył, że polepszenie występuje w 24 godzin po wstrzyknięciu surowicy i że przedewszystkiem ustępują objawy zatrucia. Doświadczenie kliniczne i ta okoliczność, że inne surowice łańcuszkowców są bezskuteczne, przemawiają za tem, że surowica Mosera działa swoiście na toksyny płonicy.

Paltauf również przypisuje tej surowicy działanie lecznicze, gdyż ciepłota szybko spada i inne objawy chorobowe ustępują. Że surowica ta posiada własności antytoksyczne, przemawia za tem między innemi doświadczenie Freunda. Wykazał on przed laty, że stolce chorych na płonicę w przeciwieństwie do prawidłowych działają trująco na myszy. Jad ten trujący można otrzymać zapomocą wyciągu wodnego z osadu i daje się zobojętnić zapomocą surowicy. Myszy, którym wstrzyknięto 0,1—0,5 jadu i 1 ctm³ surowicy, pozostały zdrowe, zaś te, którym wstrzyknięto 0,2 jadu samego chorowały, a po wstrzyknięciu 0,30—0,50 ginęły po 5—18 dniach.

Dr. Jan Landau.

Bettmann. **O opryszczkach w krtani, oraz uwagi nad opryszczkami występującemi w okresie miesiączki.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 36). Dotychczas ogłoszonych jest tylko 22 przypadków opryszczek krtani. Przypadek autora dotyczył 23-letniej kobiety, która pół roku po urodzeniu zdrowego dziecka, a dwa miesiące po skończeniu wcierań z powodu kiły drugorzędnej, zgłosiła się z bólami przy łykaniu, chrypką i ciężkim oddechem; zaburzeń ogólnych zresztą nie było. W 5 dni potem stwierdził autor wraz z prof. Juraszem opryszczki na lewem skrzydełku nosa, na szyi, pod lewą szczęką dolną i typowe opryszczki na lewej chrząstce nalewkowej. W trzy dni potem chora dostała miesiączki pierwszy raz po porodzie, a po dwóch dniach opryszczki w krtani zagoiły się. Chora i przez dalsze cztery miesiące dostawała opryszczek, występujących również na 5—7 dni przed miesiączką i to zawsze na skrzydełkach nosa, w kącie ust, na języku, oraz na wargach sromnych. W ciągu następnego 1½ roku zjawisko to kilkakrotnie się powtórzyło, w krtani zaś opryszczek więcej nie zauważono. Był to więc przypadek osutki miesiączkowej. Opryszczki występujące w związku z miesiączką nie są wcale rzadkim objawem i zjawiają się bądź przed wystąpieniem miesiączki, bądź podczas niej, bądź też wreszcie po jej ustaniu; ta różnica co do czasu może się zdarzyć u jednej i tejsamej osoby; opryszczki nie muszą też wystąpić przy każdorazowej miesiączce. Zauważono również, że opryszczki miesiączkowe zjawiają się nieraz u kobiet po porodzie, po zakażeniu kiłowem i u osób nerwowych, co wszystko miało miejsce u chorej, o której mowa. Zwyczajnem usadowieniem opryszczek miesiączkowych są wargi ust i części rodne zewnętrzne; rzadko tylko występują one na szyi i rękach, w okolicy lędźwiowej lub na pośladkach, albo nawet na sutkach i wogóle na jakiembądź miejscu skóry, lub błony śluzowej, jak w ustach i na części pochwowej macicy, rzadko natomiast w pochwie; a u jednej i tejsamej osoby mogą one występować w różnych miejscach i w różnych kombinacyach. Przypadek autora jest godnym uwagi, jako pierwszy przypadek opryszczek miesiączko-

wych, usadowionych w krtani; opisywane bowiem dotychczas opryszczki w krtani były sprawami zapalno-zakaźnemi. *Dr. Fels.*

Kasparek i Teuner. **O wybuchu wścieklizny w siedm miesięcy po zaszczepieniu metodą Pasteura.** *(Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 36). Dnia 11 września 1900 r. ukąsił pies, u którego sekcyjnie stwierdzono wściekliznę, 7-letnią dziewczynkę w okolicę lewego stawu nadgarstkowego i 3 chłopców, w wieku od 4—7 lat, również w ręce i przedramiona. Rany były wszystkie nieznaczne i mało krwawiły, lecz w jakim porządku dzieci były pokąsane, niestety potem nie można było stwierdzić. Dziewczynka i dwóch z chłopców były w czasie od 24/IX—9/X leczone w wiedeńskim Zakładzie szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie, lecz mimoto dnia 13 maja 1901, więc ośm miesięcy po ukąszeniu, odstawiono dziewczynkę do szpitala z objawami wodowstrętu, którego zwiastuny wystąpiły przed pięciu dniami. Przebieg choroby należał do tak zwanej wścieklizny szalonej, chora krzyczała, jęczała i płakała, chciała uciekać, drapać, kąsać i t. d., a w cztery dni potem umarła. Obydwaj zaś chłopcy szczepieni i jeden nieszczepiony są dotychczas, t. j. $^{7}/_{4}$ roku, zdrowi.

Przy nawiązanych potem doświadczeniach starali się autorowie rozstrzygnąć, czy z formy choroby można wnioskować o jej etyologii, a mianowicie czy zakażenie pochodziło z jadu ulicznego (Strassenvirus) przez ukąszenie, czy też z jadu stałego (virus fixe), używanego do uznanych ogólnie za niebezpieczne szczepień ochronnych. Z dwóch królików, szczepionych zawiesiną móżdżku zmarłej w gałkę oczną, jeden zginął na wściekliznę porażną, a drugi na szaloną, a szczepienia wykonane z jadem stałym, nie wywołały zawsze tejsamej formy choroby, gdyż jeden królik dostał także wścieklizny szalonej tak, że nie ziściły się twierdzenia Högyesa, iż jad stały wywołuje wściekliznę szaloną i że szczepienia istotą nerwową zmarłych mają wywołać u zwierząt tęsamą formę wścieklizny. Tak więc w drodze doświadczenia nie można rozstrzygnąć, czy człowiek umierający mimo szczepienia ochronnego na wściekliznę umarł z powodu pierwotnego ukąszenia, czy też z powodu jadu szczepiennego. Autorowie zauważyli tylko, że u zwierząt szczepionych jadem stałym konanie trwało o 1—2 dni dłużej, lecz nie nawiązują do tego dalszych wniosków. Ogłoszony przypadek, jakoteż doświadczenia autorów nie potwierdzają mniemania', jakoby po ukąszeniach w głowę i ręce okres wylęgania był o wiele krótszym i że okres wylęgania jest zależny od odległości nerwów zakażonego miejsca od mózgu, lecz twierdzą, że zakażenie wścieklizną wogóle i okres wylęgania rzadko zależą tylko od miejsca ukąszenia, a nerwy nie są jedyną drogą przewodzącą jad wścieklizny do ośrodka nerwowego, lecz najczęściej odbywa się przeniesienie drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. Wreszcie tak u chorej, jak i u szczepionych królików stwierdzono znaczną hiperleukocytozę, szczególnie ciałek wielojądrzastych, objaw stwierdzony także u psów wściekłych, a zatem ważny w praktyce weterynarskiej dla rozpoznania wścieklizny u tych zwierząt. *Dr. Fels.*

Prof. Haberda. **Przyczynek do pytania o wartości próby płucnej.** *(Arch. für Gyn.*, tom 67, zeszyt 1, 1902). Dla doświadczonego i biegłego lekarza sądowego niema próba płucna obecnie tego znaczenia, jakie miała dawniej; orzeczenie bowiem, czy płuco jest powietrzne, czy nie, będzie on raczej opierał na ogólnej zmianie płuca, a więc na zmianie wielkości, barwie, zbitości, na rysunku powierzchni płuca, na zachowaniu się przekroju, wreszcie na owym charakterystycznym jednostajnym obrazie, jakie dają pęcherzyki płucne wypełnione powietrzem. Dla biegłego więc w tem badaniu próba płucna jest zupełnie zbyteczną, dla mniej wprawnego, który li tylko na próbie płucnej chce oprzeć swe orzeczenie, może się ona stać źródłem bardzo częstych omyłek. Nie wykazuje ona bowiem zupełnie, czy w płucu pływającem znajduje się powietrze, czy n. p. gaz gnilny; to również rozstrzyga tylko badanie samego płuca i reszty narządów. W ostatnich czasach zauważyli Hitschmann i Lindenthal, że przy dostaniu się pewnych „anaerobów" do p uca przychodzi w niem do wytworzenia się gazu, skutkiem czego, mimo że noworodek nie oddechał, mimo że niema śladów gnicia, próba płucna może wypaść dodatnio (ref. „Przegl. lek." Nr. 33, 1902). Przy tej sposobności zwrócili uwagę lekarzy sądowych na potrzebę bardzo ostrożnego wydawania orzeczeń. Podobne ostrzeżenie wypowiedział swego czasu Runge przy wprowadzeniu do położnictwa t. zw. wahań Schultzego. Dla biegłego lekarza sądowego wahania te jednak nie mają żadnego znaczenia, albowiem w przypadkach podejrzanych o zbrodnię mordu, popełnionego na noworodku, z pewnością nikt, a przedewszystkiem matka sama, nie będzie robiła prób ocucenia płodu. To też i teraz zadaje sobie H. pytanie, czy można pomięszać płuco wypełnione gazem, wytworzonym działaniem „anaerobów", z płucem powietrznem, i odpowiada na to stanowczo przecząco. Hitschmann i Lindenthal robili swe doświadczenia w celach klinicznych, i aby sobie nie zaciemniać obrazu sprawą gnicia, robili je prawie zawsze na płodzie zaraz po jego urodzeniu się; tymczasem w celach sądowych robi się sekcyę takich płodów zawsze kilka dni, a najmniej dwa dni, po ich urodzeniu się, a więc w czasie, gdzie bardzo często gnicie już istnieje. Autor jest przekonany, że żaden biegły lekarz sądowy, przeczytawszy historye przypadków podanych przez H. i L., nie byłby orzekł, że płody te mimo dodatniego wyniku próby płucnej oddechały powietrzem. Pominąwszy i to, że wejrzenie płuca wypełnionego powietrzem jest zupełnie charakterystyczne, i badanie mikroskopowe treści dróg oddechowych daje ważne wskazówki co do śmierci płodu. Nadto w przypadkach, o których wspominają H. i L., nie może być mowy o zatajeniu porodu, albowiem, — jak to zresztą sami autorowie przyznają i jak wykazuje statystyka, będą to zwykle porody nie normalne, *tympania uteri*, przedwczesne pęknięcie pęcherza i t. p., słowem porody kończące się zwykle operacyjnie. O ile więc spostrzeżenia H. i L. są bardzo interesujące, dla biegłego lekarza sądowego nie mają one żadnego znaczenia. Wreszcie omawia H. sprawę gnicia płuc. Nauka Bordesa i Descousta, że w płucach tylko wtedy występuje gnicie, jeżeli płód oddechał powietrzem, czyli że jeżeli próba płucna u płodu, okazującego zmiany gnicia, wypada dodatnio, ma to być dowodem, że płód oddechał, nauka ta została prawie ogólnie obaloną. Na podstawie własnych spostrzeżeń twierdzi H., że płuca płodów z pewnością nieżywo urodzonych opierają się czasem bardzo długo gniciu, że jednak po pewnym czasie i w nich wytwarzają się gazy gnilne. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Rolleston. **Białkomocz zastoinowy w związku z śledzioną.** (*The Lancet*, 1 marca 1902). Autor zwraca uwagę na zjawisko kliniczne, jak się zdaje nierzadkie, lecz mało znane ogółowi lekarzy, że niektórzy chorzy ze znacznym obrzękiem śledziony, gdy pozostają w łóżku i wogóle w położeniu leżącem, ulegają białkomoczowi, który jednak znika, gdy chory przybiera położenie stojące.

Zjawisko to tłómaczy się tem, że w położeniu leżącem śledziona ciśnie na lewą żyłę nerkową, utrudnia odpływ krwi żylnej z nerki i tym sposobem wywołuje zastoinowy białkomocz. Objaw ten jednakże spostrzega się bynajmniej nie we wszystkich przypadkach powiększenia śledziony i nie jest prawdopodobnie zależny li tylko od wielkości śledziony: możebny też jest udział więzadeł brzusznych, przy osłabieniu których śledziona może opuścić się niżej; wreszcie ma tu znaczenie stopień odżywienia nerki wogóle: przy osłabieniu jej żywotności bialko o wiele prędzej występuje. To tez u osób, które przez pewien czas nawet ulegały temu zjawisku, białko czasem znika, jeżeli ogólny stan chorego polepszy się. Białkomocz ten należy zawsze mieć na względzie przy badaniu moczu z całej doby lub próby porannej: gdy te badania wykażą obecność białka, to stać się może, że w dziennym moczu białka nie będzie, co wyjaśnia sprawę (stan wręcz przeciwny okresowemu białkomoczowi). *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Dr. Hölscher. **Ciała obce w zewnętrznym przewodzie usznym i ich leczenie. W jakim stopniu lekarz nie specyalista powinien wykonywać ekstrakcyę tych ciał z ucha?** (*Carl Marhold. Halle n/S.*). O przedmiocie tym tyle już mówiono, że dalsze rozpisywanie się o nim mogłoby zdawać się zbytecznem. Doświadczenie jednak poucza, że pomimo tych upomnień i przestróg, zawsze jeszcze niestety nie rzadkie są przypadki zaniedbania z przebiegiem nieszczęśliwym, spowodowanym niestosownemi, a nieraz nawet zupełnie zbytecznemi usiłowaniami wydobycia ciała obcego z ucha; dalsze więc nawoływanie i pouczanie staje się świętym obowiązkiem każdego, upoważnionego na mocy specyalnego wykształcenia i wyćwiczenia. Wypada tylko gorąco życzyć, żeby takie upomnienia nie pozostały „wołaniem na puszczy", żeby lekarze praktyczni, bacząc na to, jak względnem wyczekiwaniem można zapobiedz nieszczęśliwym następstwom, nie dali się zbyt pochopnie porywać popędowi działania, aczkolwiek kierowani są najlepszą chęcią niesienia pomocy swoim cierpiącym klientom. Z tego stanowiska wychodząc, należy przyznać, że rozprawa Dra H. może przynieść wiele pożytku i zasługuje na gorące polecenie i uwzględnienie.

Między 6 przytoczonymi, a dosadnie ilustrującymi treść przypadkami, raz matka, a 5 razy lekarze popełnili tensam błąd, chwytając się odrazu szczypczyków, narzędzia najmniej się nadającego do wydobycia ciała obcego z ucha; to pociągnęło za sobą bardzo szkodliwe, a po części trwałe następstwa i kalectwo. Podobne przykłady zapewne każdy otyatra mógłby przytoczyć z własnej praktyki. *Spira*

Dr. Rabé. **Schorzenie ścian tętniczych w zakażeniu gośćcowem.** *(La Presse médicale,* Nr. 78, 1902). Zakażenie gośćcowe dosięga tętnic wszelkich rozmiarów i może wywołać nietylko

zapalenie bujające błony wewnętrznej, lecz i warstwy średniej, t. j. mięśniowej, w której w takim razie następuje rozburzenie utkania i wakuolizacya włókien gładkich. Miąższowe zapalenie średniej warstwy ścian tętniczych jest wyrazem silnej jadowitości zakażenia; sprzyja ono powstawaniu zakrzepów i odgrywa rolę patogenetycznego czynnika w groźnych zapadach krańcowych, będących w związku z sercem i naczyniami. Zabliźnienie takiej zmiany anatomicznej może się ziścić tylko na drodze twardzielowego przeobrażenia ściany tętnicy, — innemi słowy — gościec stawowy jest jednym z najważniejszych czynników etyologicznych stwardnienia ogólnego tętnic. *K*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

G. Ferguson. **Leczenie przewlekłej zimnicy wstrzykiwaniami podskórnemi chininy dwubromowodowej.** (*Brit. Med. Journ. — Philad. Med. Journ.* 15 marca, 1902 r.). Przed kilku laty autor spostrzegał wojskowego, który cierpiał na przewlekłą zimnicę o torze trzeciaczkowym. Chory był bardzo wycieńczony, a osłabienie jego wciąż się zwiększało. Chinina, której chory bardzo dużo zażywał, łagodziła napady, lecz nie usuwała ich; natomiast wywoływała silne nudności, co jeszcze więcej osłabiało chorego. Próbowano stosować chininę przez odbytnicę i drogą wcierań, lecz bez powodzenia; jodyna i arsen również nie sprowadziły polepszenia. Stan chorego stał się wreszcie bardzo niebezpieczny; to spowodowało autora do spróbowania podskórnych wstrzykiwań chininy: wstrzyknięcie 2,0 siarkanu chininowego wywoływało widoczną ulgę, więc powtórzono je, lecz było ono bardzo bolesne dla chorego, wystąpił obrzęk i przeczulica ręki w tym stopniu, że autor zmuszony był wyrzec się tego sposobu leczenia i zaczął próbować innych soli chininy; po wielu wreszcie próbach osiągnął cel zamierzony po zastosowaniu chininy dwubromowodowej. Po sześciu wstrzyknięciach tej soli chory szybko wyzdrowiał. Ten sposób leczenia został zastosowany przez autora prawie w 100 przypadkach zimnicy z wielkiem powodzeniem. Chinina dwubromowodowa łatwo rozpuszcza się w 6-ciu częściach ciepłej wody; roczyn oddziaływa słabo kwaśno i jest bardzo trwały. Bolesność po wstrzyknięciu jest niewielka. Powikłań miejscowych F. nie spostrzegał. Zwykle wstrzykuje się rozczyn 0,2 soli w 1,0 wody naraz. Wstrzykiwania rozpoczyna autor pod skórę ramion, potem ud, brzucha i górnej części klatki piersiowej, lub między łopatkami. W przypadkach cięższych robi się sześć wstrzyknięć co drugi dzień. *Dr. St. Rudzki.*

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

III.

Rozwój i fizyologia płodu.

Nasienie dostawszy się do jamy macicy znajduje się w miejscu swego właściwego przeznaczenia *„....conceptaculum huius (seminis) organum natura uterum fecit.“ (de semine lib. I. cap. V)*. Z tą chwilą rozpoczyna się dla niego nowy okres i odtąd przebywa ono cały szereg procesów mających na celu stworzenie przyszłego płodu wraz z jego częściami dodatkowemi. Ażeby jednakowoż do tego mogło przyjść, muszą się przedewszystkiem spełnić pewne warunki. Do tych należy w pierwszym rzędzie spółkowanie bezpośrednio po ustąpieniu miesiączki a nie w czasie tejże, gdyż inaczej krew spłókiwałaby nasienie *„id vero potissimum fit, cum menstrua novissime cessarunt, quo maxime tempore uteri semen concipiunt“ (ibid. lib. I. cap. II.)*. Przyczyną, która Galena skłaniała do tej rady, jest okoliczność, że ujście macicy jest szersze w czasie miesiączki i bezpośrednio po niej i pozwala raczej na dostanie się nasienia mężkiego do jej wnętrza. Zdaniem Hipokratesa nadawało się do tego także spółkowanie na samym początku miesiączki. *(Hippocratis de morbis mulierum)*. Natomiast polecał Soranus zupełnie zgodnie z Galenem korzystać w tym celu jedynie z samego końca miesiączki, gdyż macica, mająca zatrzymać w sobie nasienie przez czas miesiączkowania, ma zanadto wielkie zadanie do spełnienia wobec tego, że wydalając z siebie krew miesiączkową, musi baczyć, by nie wydaliła zarazem i nasienia. (Soranus *lib. I. cap. X. 36)*. Zgadzają się więc wszyscy autorowie co do tego, że spółkowanie w pewien czas po miesiączce nie pociąga za sobą zastąpienia, gdyż nasienie nie dostaje należytego odżywienia w formie krwi, *(de ut. dissectione cap. X.)*. Wynika to zresztą dostatecznie z tego, co oni twierdzili o roli, jaką krew odgrywa wobec nasienia.

Dostawanie się nasienia do jamy macicy ułatwia specyalna siła, w jaką macica jest uzbrojoną, a posiadająca własność przyciągania (*„attractio uteri“ de semine lib. I. cap. IV.)*. Podczas zaś samego zapładniania narządy sromne powinny być tak wyprostowane, by wytrysk wprost do ujścia, zewnętrznego nastąpił *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. III)*, zkąd się jak najszybciej znowu nasienie przenieść musi we właściwe dla niego miejsce, gdyż w przeciwnym razie wydziela się z niego „pneuma“ i pozostaje w pochwie sam tylko płyn, który marnieje. Kobieta sama doznaje na dowód zastąpienia dreszczy i uczucia ściągania się macicy *(de semine lib. I. cap. II.)*, a nasienie nie powinno się wylać na zewnątrz, na co zresztą już i Soranus zwrócił uwagę. (*Soranus lib. I. cap. XII.)*.

W jamie macicy rozlewa się nasienie, pokrywając jej powierzchnię cienką warstwą. By go zaś nie zabrakło, wydzielają jednocześnie jajniki swoje własne nasienie, które się z pierwszem i z krwią, wydobywającą się otworami naczyń, miesza, podczas gdy w tym samym czasie ujście macicy się zamyka, by się jej zawartość nie wylała. Z chwilą zamknięcia się tego ujścia rozpoczyna się dla macicy nowy okres życia, staje się ona ciężarną, a nasienie przestaje jako takie istnieć, krzepnie i ma wejrzenie skrzepłego kwaśnego mleka. Otrzymując zaś za pośrednictwem naczyń macicy, do których otworów przylega, krew jako pożywienie, a „pneuma“ do oddychania, wytwarza na wewnętrznej powierzchni macicy pierwszą błonę, „chorion“ zwaną. Na tej pierwszej błonie tworzy się druga „allantois“, a na wewnętrznej powierzchni drugiej powstaje trzecia i ostatnia „amnion“.

W miarę dalszego trwania ciąży nasienie — by, nie zginęło, — potrzebuje krwi i powietrza. Jedno i drugie otrzymuje za pośrednictwem kosmówki *(chorion)*, której naczynia bezpośrednio się łączą z naczyniami macicy i to w ten sposób, że tętnicami dochodzi krew rzadsza i cieplejsza, zmięszana z „pneuma“, a żyłami zimniejsza. Wśród takich warunków może się jajo płodowe dalej rozwijać. W rozwoju tym rozróżnia Galen cztery wybitne okresy: w pierwszym nie można w błonach nie spostrzedz, prócz zarodka (ἰδέα); w drugim okresie znajduje się już w płodzie krew, ale mózg, serce i wątroba są bezkształtne i jeszcze nie zróżniczkowane tak, że raczej kawał mięsa aniżeli nasienie przypominają. W tym okresie mamy już do czynienia z płodem. W następnym — stają się widoczne trzy wspomniane zasady (mózg, serce, wątroba), a inne części zaledwie tylko się zarysowują. Najwyraźniej widać wtedy tworzenie się kształtów dookoła trzech zasad, mniej wyraźnie dookoła brzucha, a najmniej wyraźnie około członków. W czwartym nareszcie okresie są już wszystkie członki wykształcone i odtąd nie mamy już tyle z płodem, ile raczej z dzieckiem do czynienia *(de semine lib. I. cap. X.)*. Zgadza się więc Galen całkiem z Hipokratesem, nie podając nam nic nowego w tym kierunku, lecz powołując się często wprost na to, co ten już tyle wieków wpierw podał *(Hippocrat. „de natura pueri“. K. I.)*. On przyjął w całości naukę Hipokratesa o znaczeniu krwi dla rozwoju płodu i o jego oddychaniu. Różnica zachodzi jedynie ta, że podczas gdy Hipokrates przypisuje wszelkie własności zmięszanemu nasieniu, uważając krew miesiączkową jedynie za materyał odżywczy dla nasienia i płodu, to Galen przeciwnie uznaje krew miesiączkową co do znaczenia za zupełnie równowartościową z nasieniem. Widząc bowiem w nasieniu reprezentowaną zasadę materyalną i moralną, przypi-

suje te same zasady i krwi miesiączkowej obok jej drugiego zadania, t. j. odżywiania płodu, przyczem zarazem zwraca naszą uwagę na fakt, że nasienie, którego stosunkowo jest mało, ma znacznie więcej zasady moralnej, podczas gdy krew posiada dla swojej wielkiej ilości więcej zasady materyalnej *(de semine lib, II. cap. II.)*. Wogóle porównywał Galen stosunek, jaki zachodzi pomiędzy tymi obydwoma czynnikami, składającymi się na przyszły płód, ze stosunkiem zachodzącym pomiędzy mistrzem a materyałem obrabianym, przyczem rolę mistrza przypisywał nasieniu, a materyału krwi miesiączkowej *(de natural. facultat. lib. II. cap. III.)*.

Dalsza różnica, jaka zachodzi między zapatrywaniami Hipokratesa a Galena, polega na udziale, jaki ten ostatni przypisuje obydwom rodzajom nasienia w tworzeniu; podczas gdy bowiem Hipokrates męzkiemu i żeńskiemu równy udział przyznaje, to przeciwnie Galen przypisuje nasieniu męzkiemu, jako cieplejszemu, wpływ pierwszorzędny na powstawanie płodu, błon i naczyń, jakkolwiek nie ma absolutnie zamiaru odmawiać pewnego znaczenia i nasieniu żeńskiemu. To osta-tnie służy obok krwi i to jedynie z początku jako pokarm dla pierwszego, gdyż nasienie woli się odżywiać raczej nasieniem, aniżeli krwią. *„praeterea idem semen maris principium seu originem membranarum ac vasorum omnium; ipsum enim amplius coquitur, atque initio statimex foeminae semine nutritur, tanquam id natura familiare magis fit, quam sanguis, et omne, quod nutritur, a similibus augeri facilius possit“ (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VI.)*.

O wiele większa różnica zachodzi w tych zapatrywaniach pomiędzy Galenem a szkołą perypatetyczną, która twierdziła, że nasienie męzkie krótko się tylko w macicy zatrzymuje i to jedynie po to, by udzieliwszy krwi miesiączkowej zasady ruchu, wydzielić się z niej, nie przyczyniając się wcale do wytworzenia ciała.

Z końcem czwartego okresu przestaje płód żyć i rozwijać się na wzór rośliny, lecz żyje już własnem życiem[1]). Pośredniczy w tem pępowina, w której przebiegają dwie tętnice i dwie żyły, łączące się z odpowiedniemi naczyniami błon, a za pośrednictwem tychże i z naczyniami macicy. Z powodu badań przeprowadzonych na zwierzętach nie mógł Galen naturalnie poprawić błędu o istnieniu czterech naczyń pępowinowych, błędu ciągnącego się od Hipokratesa, a powtórzonego przez Soranusa *(Soranus lib. I. cap. XVII. 57.)*. Obok tych naczyń przebiega w pępowinie jeszcze jako piąte przewód omoczniowy *(urachus)*, łączący pęcherz moczowy płodu z omoczną *(allantois)*.

Przez tętnicę i żyły otrzymuje płód krew i „pneuma“, których potrzebuje do życia i rozwoju. Wychodząc z zapatrywania, że każda cząstka ustroju wybiera sobie z pośród pokarmu istoty najbardziej mu potrzebne, ma Galen dostateczne w niem wytłómaczenie dla zrozumienia rozwoju i rozrostu tkanek *(de semine lib. I. cap. XI.)*. Obok jednakowoż cząstek materyalnych odgrywa także w rozwoju pewną rolę i ciepło. Ilość zużytego ciepła zależy od rodzaju tkanek. I tak n. p. do stworzenia kości zużywa się go najwięcej. Lecz ten ostatni czynnik odgrywa rolę nietylko przy tworzeniu rodzaju tkanek, ale także, jak to już wyżej wspomnieliśmy, przy tworzeniu płci. Cieplejsze bowiem a zatem i doskonalsze nasienie, pochodzące z prawego jądra, jest już z góry przeznaczone do stwarzania płodów męzkich. By się ono jednakowoż nie rozminęło ze swojem przeznaczeniem, musi i kobieta ze swej strony tyle ciepła dostarczyć, ile mu tylko potrzeba. Najwięcej zaś ciepła posiada w prawej połowie macicy; a przyjąwszy tu nasienie dostatecznie ciepłe, decyduje płeć męzką płodu. Lewa połowa macicy, jako mniej ciepła, jest w stanie stworzyć jedynie żeńskie płody, chociażby się nawet wyżej wykształcone nasienie do niej dostało. Z powodu bowiem zimna, panującego w tej macicy, kryją się części płciowe wewnątrz tak, że wprost nie dochodzi do powstawania płci męzkiej, czyli innemi słowy, kobieta jest według Galena tylko pewnym okresem w rozwoju płodu, a w stosunku do męzkiego płodu przedstawia płód żeński okres stosunkowo wczesny, mniej doskonały *(de semine lib. II. cap. V)*. (dok. nast.).

[1]) Porównanie to przejął Galen od Hipokratesa *(Hippocrat. „de natura pueri“ K. I. str. 403)*.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16. października

* Towarzystwo lekar krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano członkiem czynnym Doc. Dr. W Chlumskyego. Następnie Dr. Lewkowicz przedstawił chorego z rzadkiem cierpieniem nerwowem; Dr. Gliński i Dr. Brudzewski demonstrowali okazy anatomiczne; wreszcie dr. Dobrowolski miał zapowiedziany wykład: »O pęknięciu macicy w ciąży«.

* Z powodu ciągle jeszcze trwającego moru w Odesie rząd austryacki ograniczył wprowadzanie niektórych towarów z tego miasta, a niektórych zupełnie zakazał.

* Doc. dr. Chlumský otworzył w Krakowie (ul. Mikołajska, 28) zakład ortopedyczny, który zaopatrzył we wszelkie niezbędne przyrządy. Kalectwa, należące do tej gałęzi patologii, wymagają długiego, nieraz lata trwającego leczenia. Przebywanie w takich zakładach zagranicą, jak się to dzieje do tej pory, nie tylko pociąga za sobą naprawdę wysokie koszta, ale z powodu pobytu poza krajem czyni uszczerbek i wychowaniu szkolnemu dziecka. Z tego stanowiska zapatrując się na znaczenie zakładu Dr. Chlumskyego trzeba przyznać, że nowa ta instytucya ma wielką dla naszego społeczeństwa doniosłość.

* Szpitale w Polsce zasługiwałyby na obszerniejszą monografię: wiadomość o zamierzonym przez Towarz. lekarskie płockie obchodzie sześćsetnej rocznicy założenia tamtejszego szpitala św. Trójcy w r. 1405, uważanego za najstarszy w Polsce, uzupełnia »Tydzień« przypomnieniem, że starszym jest szpital w Rawie, istnieje bowiem od r. 1374, a na dowód przytacza akt erekcyjny tego szpitala, wystawiony przez Ziemowita Księcia Czerskiego, Pana Rawskiego i t. d. (»Czasopismo lekarskie« Nr. 10).

* Śmierć Virchowa wywołała u jego uczniów różne wspomnienia z życia i działalności zmarłego profesora. Virchow miał być niecierpliwy i surowy przy egzaminie. Raz dał jednemu z kandydatów preparat anatomiczny i kazał go sobie opisać; gdy odpowiedź nie następowała rychło Virchow naprowadzał jak mógł, wreszcie zapytał, »jakiegoż koloru jest ten preparat?« Kandydat obracał, przyglądał się, ale na wybór koloru nie mógł się zdecydować, gdyż preperat ten niegdyś barwy sinej, z biegiem czasu przybrał wszystkie kolory tęczy, więc w istocie miał barwę nieokreśloną. Zniecierpliwiony zwłoką zawołał Virchow głosem podniesionym: »Cóż, czy Pan nie robisz różnicy między barwami, czy Pan nie określisz np. barwy tego mego surduta«? Głos Virchowa był złowieszczym, kandydat już się nie łudził co do swego losu, więc z męstwem człowieka skazanego odrzekł: »Surdut ten przypuszczam mógł być w swoim czasie granatowym«. Surdut w istocie pamiętał nie jedno pokolenie uczniów Virchowa: nosił on na sobie ślady odczynników, masy do nastrzykiwań i tego wszystkiego, co tak wyróżnia surdut każdego pracującego anatoma; więc po tej pełnej wątpliwości odpowiedzi kandydata Virchow spojrzał raz na preparat to znowu na surdut i teraz widocznie dopiero przekonał się, że żaden z tych dwóch przedmiotów nie posiadał określonej barwy; rzucił uspokojonym już głosem parę pytań i dał kandydatowi stopień zadawalniający.

* Dr. Mattison z Brooklynu ustanowił nagrodę 400 dolarów za najlepszą rozprawę p. t.: »Czy wstrzykiwania podskórne morfiny wywołują zmiany organiczne, a jeśli tak, to jakie?«. Rozprawa może być napisana w jakimkolwiek języku; wszyscy doktorowie powołani są do wzięcia udziału w konkursie. Rękopisy należy złożyć przed 1 grudnia 1903 r. na ręce przewodniczącego *jury*, Dr. T. D. Crothersa (Hartford, Conn, wydawca czasopisma »Journal of Inebriety«).

* Między 1 a 7 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), moscickim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), tłumackim (1 gm).

W tymże czasie stwierdzono 3 przypadki ospy w jednej wsi powiatu strzyżowskiego

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXIX (21—27—IX). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 57, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 12 (5 zam.), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z płonicy 1, z duru brzusznego 2, z cholery dzieci 12.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Höhry Rodriguez mian. prof. terapii w Kadyksie. Dr. E. Garcia — prof. topograficznej anatomii w Santiago. Profesorem wewn. medycyny w Berlinie w miejsce zmarłego Gerhardta mian. został prof. Kraus z Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Sylwin Gerlach, l. 66, — w Warszawie. Dr. Delacour, b. profesor kliniki lekarskiej w Rennes. Dr. Władysław Majewski, ur. w r. 1848 na Wołyniu, wychowaniec kijowskiego Uniwersytetu, zmarł w Półtawie.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 10. Kramsztyk Z: Operacye i operatorzy II. Brzeziński: Poglądy obecnego prawodawstwa na sprawę wynagradzania robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym. Rzętkowski: Nasza twórczość. J. Talko: Słówko w kwestyi ruchomych oddziałów okulistycznych w królestwie Polskiem.

— *Postęp okulistyczny* (Wrzesień). Rymowicz: Przyczynek do mikrobiologii zdrowego worka spojówkowego oka ludzkiego. Bałaban: O przedmiotowych objawach barwnych. Działowski: Zwichnięcie gałki ocznej wskutek uderzenia rogiem krowy.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 10. Strycharski: Trzy przypadki wycięcia śledziony. H. Cybulski: Kilka uwag w sprawie krwotoków płucnych.

— *Medycyna* Nr. 41. Raszkes: Przyczynek do kwestyi ciąży śródmiąższowej. Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 41. Schneider: O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Rzętkowski: Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryach (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 41. Babák: O vývoji lokomočni koordinace v miše žabi. Ostračil: O kleštich w porodnické praxi (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 80. Baqué: Patogeneza i leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa u dorastających. Zimmern: Lewatywy elektryczne. Wskazania i przeciwskazania.

— Nr. 81. Raymond: Przypadek istnienia współobjawu móżdżkowego. Martinet: Leczenie dyetetyczne choroby Brighta.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Sommer: O akroparestezyach po urazie. Ziemann: Choroba »tse-tse« w Togo (zachodnia Afryka). Meyer: O jednogatunkowości paciorkowców. Hoffmann: O zapaleniu skóry, wywołanem rtęcią i o zmianach histologicznych, spowodowanych tem zapaleniem wraz z uwagami o powstającej przy tem eozynofilii lokalnej i we krwi (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 40. Kraepelin: Rozpoznanie niedomogi nerwowej. Treupel: Operacyjne leczenie niektórych chorób płucnych. Hahn: Stosunek między chorobami pęcherza a mięśniakami z uwzględnieniem rokowania w tych cierpieniach. Taussig: Pooperacyjne zatrzymanie moczu i jego następstwa. Hirt: O nerwowej iradiacyi w zakresie narządów moczowych. Orlipski: Przypadek nawykowej pokrzywki na tle rzerzączkowem. Piltz: Przypadek obustronnych ropni przynerkowych. Breuer: Leczenie oraz patogeneza duszn̨icy bolesnej i stanów pokrewnych (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41. Moser: Leczenie płonicy łańcuszkowcową surowicą przeciwpłoniczą. Goldner: Przyczynek do rozpoznawania wrodzonej przepukliny pachwinowej oraz jej częstości. Sternberg: Przyczynek do wiedzy o krótkich palcach. Hofbauer: Porażenie n. wstecznego przy zwężeniu ujścia żylnego. Rode: O jednym przypadku ropnia urazowego w przegrodzie nosowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 41. Michaelis: Badania precypityny białka. Ascoli: O hemolitycznem osoczu krwi. Bönniger: Wykazanie kwasu mlekowego w soku żołądkowym. Rostowcew: Przypadek torbielowatego rozszerzenia wysokiego stopnia przewodu żółciowego. Wormser: Przypadek zgorzeli skóry po podskórnem wlewaniu (*infusio*) Kaliski: O pentozuryi.

Redakcya otrzymała. Nartowski: Zakłady lecznicze dla umysłowo chorych w oświetleniu najnowszych zdobyczy naukowych. Barącz: 1) Przyczynek do plastyki ubytków tchawicy. 2) To samo po niemiecku. 3) W sprawie swoistej przyczyny t. zw. botryomykozy u człowieka. 4) To samo po niemiecku. 5) Pomysł operacyjnego leczenia rwy kulszowej. 6) To samo po niemiecku. 7) Ueber die Lendengegend mit besonderer Berücksichtigung der Durchtrittsstelle der Lendenhernien. 8) Ueber die Lumbalhernien und seitliche Bauchhernien (Laparocelen). Sacewicz: Roślinność jawnokwiatowa okolicy Zakładu leczniczego Nałęczów.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 22 października, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy,* posiedzenie zwyczajne, na którem, kol. prof. Kostanecki wygłosi odczyt „O tak zwanej sztucznej partenogenezie“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Ogłoszenie.

Przy kasie brackiej dla kopalń węgla hrabiego Larischa Mönnicha w Karwinej na Śląsku austr. jest według postanowienia zarządu bractwa z dnia 2. października b. r.

miejsce lekarza brackiego

z dniem 1. stycznia 1903 r. z siedzibą w Frysztacie na Śląsku austr. pod następującymi warunkami do obsadzenia:

1. Lekarzowi przynależy się opiekowanie za 350 swobodnymi i 500 żonatymi członkami bractwa, ich żonami i dziećmi, mieszkającymi przeważnie w gminach Frysztacie, Starem Mieście, Olszynach, Raju, Darkowie, Łękach, Otrembowie, Kaczycach, Zebrzydowicach, Małych i Wielkich Kończycach i Pogwizdowie.

2. Roczne honoraryum, płatne miesięcznemi ratami, czyni po K. 3·— za każdego swobodnego i po K. 5·— za każdego żonatego członka bractwa.

Do obrachowania tego honoraryum bierze się roczna przeciętna liczba członków mieszkających w przydzielonym okręgu.

3. Oprócz tego honoraryum nie otrzymuje lekarz żadnych dochodów i ma przeto sam zapłacić za swoje mieszkanie i lokal ordynacyjny, jakoteż koszta potrzebnego powozu

4. Lekarzowi jest wolno prywatną praktykę wykonywać o ile ta nie jest z ujmą członków kasy brackiej.

5. Lekarz powinien postępować według statutów bractwa i według postanowień zarządu bractwa, które można w tutejszej kancelaryi rachunkowej kasy brackiej przejrzeć.

6. Kandydaci, którzy się najmniej 2-roczną praktyką jakoteż znajomością języka niemieckiego, czeskiego albo polskiego wykazać powinni, mają wnieść należycie opatrzone podania do podpisanego zarządu do końca listopada b. r.

W Karwinie, dnia 13 października 1902.

Zarząd bractwa

dla kopalń węgla Larisch-Monnicha w Karwinej na Śląsku austr.

KONKURSY.

L 1971.

Wydział Rady powiatowej Żydaczowskiej rozpisuje Konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Nowemsiole** z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 kor. rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażica, Żyrawę, Izydorówkę, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rudę, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówkę, Lubszą i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności mają wykazać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego,
2. Dyplom doktora medycyny,
3. Nieskazitelny charakter,
4. Znajomość języków krajowych,
5. Praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między Kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 30. listopada 1902.

Żydaczów, dnia 19. września 1902.

L. 1678.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Toustem** z płacą roczną 1.000 K. i ryczałtem na koszta podróży 600 K.

Do okręgu tego przydzielone są następujące miejscowości: Touste, Katabarówka, Wolica, Sadzawki, Krasne, Przekalec, Kąt touzecki, Nowosiołka grzymałowska, Boski małe, Rasztowce Dubkowce i Soroka.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Podanie o posadę tę wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 8 listopada 1902 zaopatrzone w załączniki udowadniające:

1) Dostateczną fizyczną zdolność petenta.
2) Prawo obywatelstwa austryackiego.
3) Dyplom Doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
4) Nieskazitelny charakter.
5) Znajomość języków krajowych.
6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w Szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doksorskieho, albo egzaminu fizykalnego.

Skałat, dnia 3. października 1902.